ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt VII.

za rok 1896.

TREŚĆ:

Str.

1. L. Świtalski: „O rozejściu się powłok brzusznych“ etc. . . . 2
2. A. Rosner: „Przypadek wady rozwojowej macicy“ (z przedst. preparatu anatom.) 5
3. A. Rosner: „O nowym sposobie szwu mięśni prostych“ . . . 13
4. H. Jordan: „Przypadek oophoropexii własną metodą“ (z przedstawieniem chorej) 18
5. A. Mars: „Przypadek wycięcia części dodatkowych macicy“ (z przedstawieniem prepar. anat.) 19
6. L. Świtalski: „Rak na włókniaku podśluzowym“ (z przedstawieniem prepar. anat.) 23
7. L. Świtalski: „Przypadek pierwotnego zapalenia gruźliczego trąbek“ (z przedstawieniem prepar. anat.). 25
8. H. Jordan: „O porodzie po wentrofiksacyi“ 29
9. H. Jordan: „O niezwykłych przypadkach owaryotomii“ . . . 34
10. A. Mars: „Przyczynek do etyjologii chorobliwego świądu sromu“ 39
11. H. Jordan: „Przypadek graviditas abdominalis“ (z przedstawieniem chorej) 48
12. A. Mars: „Przypadek świądu sromu niewieściego“ etc. . . . 51
13. A. Rosner: „Deciduoma malignum“ (z przedstawieniem prepar. drobnowidowych) 57
14. A. Mars: „Przypadek kraurosis vulvae“ (z przedstawieniem chorej) 61
15. W. Mikucki: „O operacyi Bode-Wertheima“ (z przedstawieniem chorej) 64
16. L. Świtalski: „Przypadek ciąży trąbkowej“ (z przedstawieniem prepar. anatom.) 67
17. L. Świtalski: „Niezwykły przypadek skręcenia szypuły“ (z przedstawieniem prepar. anat.) 69
18. W. Mikucki: „Echinococcus wątroby zropiały u ciężarnej“ . . 72
19. A. Rosner: „W sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy“ (z przedstawieniem odlewów gipsowych) 76

KRAKÓW.

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza

1897.

ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt VII.

za rok 1896.

TREŚĆ:

		Str.
1.	**L. Świtalski:** „O rozejściu się powłok brzusznych“ etc. . . .	2
2.	**A. Rosner:** „Przypadek wady rozwojowej macicy“ (z przedst. preparatu anatom.)	5
3.	**A. Rosner:** „O nowym sposobie szwu mięśni prostych“ . . .	13
4.	**H. Jordan:** „Przypadek oophoropexii własną metodą“ (z przedstawieniem chorej)	18
5.	**A. Mars:** „Przypadek wycięcia części dodatkowych macicy“ (z przedstawieniem prepar. anat.)	19
6.	**L. Świtalski:** „Rak na włókniaku podśluzowym“ (z przedstawieniem prepar. anat.)	23
7.	**L. Świtalski:** „Przypadek pierwotnego zapalenia gruźliczego trąbek“ (z przedstawieniem prepar. anat.).	25
8.	**H. Jordan:** „O porodzie po wentrofiksacyi“	29
9.	**H. Jordan:** „O niezwykłych przypadkach owaryotomii“ . . .	34
10.	**A. Mars:** „Przyczynek do etyjologii chorobliwego świądu sromu“	39
11.	**H. Jordan:** „Przypadek graviditas abdominalis“ (z przedstawieniem chorej)	48
12.	**A. Mars:** „Przypadek świądu sromu niewieściego“ etc. . . .	51
13.	**A. Rosner:** „Deciduoma malignum“ (z przedstawieniem prepar. drobnowidowych)	57
14.	**A. Mars:** „Przypadek kraurosis vulvae“ (z przedstawieniem chorej)	61
15.	**W. Mikucki:** „O operacyi Bode-Wertheima“ (z przedstawieniem chorej)	64
16.	**L. Świtalski:** „Przypadek ciąży trąbkowej“ (z przedstawieniem prepar anatom.)	67
17.	**L. Świtalski:** „Niezwykły przypadek skręcenia szypuły“ (z przedstawieniem prepar. anat.)	69
18.	**W. Mikucki:** „Echinococcus wątroby zropiały u ciężarnej“ . .	72
19.	**A. Rosner:** „W sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy“ (z przedstawieniem odlewów gipsowych)	76

87

KRAKÓW.

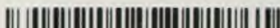
Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1897.

5210
II cz




Biblioteka Jagiellońska

LXXII. Posiedzenie z dnia 18 lutego 1896.

(administracyjne).

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Członkowie Wydziału w myśl statutu zdawali sprawę z czynności poruczonych im w ubiegłym roku, i tak:

Kol. Kośmiński jako skarbnik Tow. przedstawia stan majątkowy Tow. w końcu 1895 r.

Na wniosek kol. Przewodniczącego Towarzystwo udziela skarbnikowi absolutoryum.

Kol. Braun jako sekretarz administracyjny zawiadamia, że rocznik za rok 1894 wydrukowano i rozesłano członkom zwyczajnym i korespondentom.

Nadto zapytuje, czy Towarzystwo zgodzi się, aby pozostałe egzemplarze rocznika za rok 1893 rozesłać lekarzom, zajmującym się ginekologią a nie należącym do Towarzystwa. Może ich to zachęcić do przystąpienia do Towarzystwa w charakterze członków korespondentów.

Kol. Przewodniczący poddaje wniosek ten pod głosowanie. Uchwalono.

Kol. Mars zapytuje kol. Brauna, czy posłał Rocznik Redakcyom pism lekarskich polskich, i czy resztę egzemplarzy z r. 1894 oddał do księgarni Krzyżanowskiego.

Kol. Braun oświadcza, że te dwie sprawy załatwi w najbliższych dniach.

Kol. Cercha jako sekretarz naukowy, zaznaczył, że w ciągu roku 1895 odbyło się 11 posiedzeń naukowych i jedno administracyjne, odczytuje tytuły wykładów i demonstracyi, wskazuje na różnorodność materyału i na wartość naukową odczytów i podnosi zasługi kliniki położniczo-ginekologicznej około rozwoju Towarzystwa.

Sprawozdanie sekretarza naukowego wywołało ożywioną dyskusyę nad dotychczasową działalnością i dalszym rozwojem Tow. ginek.

Przy tej sposobności poruszono sprawę robienia krótkich sprawozdań z posiedzeń naukowych Towarzystwa w języku niemieckim lub francuskim i przesyłania ich do fachowych czasopism.

Kol. Przewodniczący obiecał zająć się tą sprawą.

3) Z kolei przystępuje Towarzystwo do wyboru Wydziału.

Podobnie jak w roku ubiegłym wybrano:

Przewodniczącym: kol. Prof. Jordana.

Zastępcą przewodniczącego: kol. Prof. Marsa.

Sekretarzem administracyjnym: kol. Doc. Brauna.

Sekretarzem naukowym: kol. Dr. Cerchę.

Skarbnikiem i bibliotekarzem: kol. Dr. Kośmińskiego.

LXXIII. Posiedzenie z dnia 16 marca 1896.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Obaliński wnosi, ażeby ustanowić raz na zawsze pierwszy wtorek po pierwszym każdego miesiąca, jako dzień posiedzeń Tow. ginek.

Wniosek przyjęto.

3) Kol. Świtalski: Przypadek rozejścia się brzegów rany brzusznej po laparotomii.

Rozejście się brzegów rany brzusznej po laparotomii należy do rzeczy rzadkich. Doc. Rosner zebrał w 1893 r. z dostępnej mu literatury 26 przypadków, a dodając do tego przypadki obserwowane przez Madurowicza, Obalińskiego i Rydygiera zestawił ich razem 31. Już ze względu na tę rzadkość są one więc ciekawe, a wzbudzają niemały interes tak ze względu na przyczyny powstania jak i na dalszy ich przebieg, tem bardziej, że mogą one powstać mimo dokładnego zeszycia i późnego wyjęcia szwów, jak w przypadku Nussbauma, gdzie to wyjęcie nastąpiło dopiero 12-go dnia.

Przypadek nasz dotyczy pacyentki S. M. l. 33 liczącej, u której z powodu zmian w częściach dodatkowych macicy (*Sactosalpinx serosa dextra, perioophoritis et perisalpingitis ambilateralis*) wykonano laparotomię dnia 20 stycznia b. r. Zabieg operacyjny polegał na wycięciu zmienionej prawej trąbki wraz

z prawym jajnikiem i na rozdzieleniu zrostów około trąbki i jajnika lewego. Powłoki zeszyto w ten sposób, że założono cztery piętra szwu katgutowego kuśnierskiego na otrzewnę, warstwę mięsną, powięź i skórę.

Przez pierwsze dnie po zabiegu pacyentka miała się zupełnie dobrze, tylko kaszel, na który już przed operacyą z powodu rozedmy płuc i kataru oskrzeli cierpiała, powiększył się znacznie i uporczywie, pomimo podawania środków kojących, utrzymywał się.

Dnia 27 stycznia przedsięwzięto badanie przez pochwę i nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Dnia 28 stycznia przy wizycie rannej zauważono ze zdziwieniem, że cały opatrunek przesiąknięty jest żółtawo-różowym płynem surowiczym. Natychmiast zdjęto opatrunek i przekonano się, że rana brzuszna rozeszła się w całej długości. W środku rany rozstęp brzegów wynosił 7 ctm. W ranie spostrzeżono kilka pętli jelita cienkiego pozlepianych ze sobą i z otoczeniem wypociną włóknikową. Zresztą brzegi rany przedstawiały się prawidłowo i zupełnie czysto. Nigdzie śladu ropienia.

Zastosowano natychmiast narkozę chloroformową. Jelita obmyto płynem Tavela, odlepiono od brzegów rany, rozklejono poszczególne pętle od siebie i wprowadzono bez trudności do jamy brzusznej. Brzegi rany odświeżono i zeszyto pięcioma głębokimi szwami jedwabnymi i skórnym szwem katgutowym kuśnierskim.

W 12 dni później wyjęto szwy i znaleziono ranę per primam zgojoną. Przez dwa wieczory po tym drugim zabiegu chora miała stan podgorączkowy; zresztą przebieg leczenia nie przedstawiał zaburzeń. Kaszel ustąpił również.

W tym przypadku rana rozstąpiła się niewątpliwie z końcem 7 mej doby po zabiegu. Przyczyna była przyrody mechanicznej i tkwiła w uporczywym, silnym kaszlu. Ta wzmożona podczas kaszlu tłocznia brzuszna parła na ranę zeszytą tylko katgutem, który uległ wessaniu przed zrośnięciem się brzegów rany. O ropieniu w tym przypadku nie było mowy.

U 22 chorych szyliśmy powłoki w ten sam sposób i szew ten okazał się zupełnie wystarczającym. Ten jeden przypadek jednak dowodzi, że nie zawsze mu zaufać można. Ważnem w tym względzie jest, kiedy katgut ulegnie wessaniu, co od wielu mniej lub więcej uchwytnych czynników zależy, bo nietylko od grubości i jakości katgutu, nietylko od sposobu przygotowania go, ale niewątpliwie od indywidualności osobnika operowanego.

Zresztą i przed zupełnem wessaniem, rozmiękły katgut pod wpływem gwałtownego kaszlu może się przerwać.

Nauczeni tym niemiłym wypadkiem szyjemy teraz powłoki brzuszne w inny sposób: otrzewnę łączymy naprzód szwem katgutowym kuśnierskim, potem zakładamy głębokie szwy jedwabne, które z wyjątkiem otrzewny idą przez całą grubość powłok, a które się zawężla dopiero po zeszyciu powięzi brzusznej powierzchownej szwem katgutowym kuśnierskim. W końcu takimże szwem łączymy brzegi skóry.

Mittermaier opowiedział na posiedzeniu Tow. ginek. hamburgskiego (*Centr. f. Gynaek.* 1896 Nr. 5.) historyą choroby zupełnie do powyższej podobną. Rana w jego przypadku szyta była tak samo jak w naszym. Brzegi rany rozeszły się w trzecim dniu, opatrunek zdjęto dopiero dnia dwunastego po zabiegu. Chora przez cały ten czas nie miała żadnych dolegliwości. Pętle jelit i brzegi rany pokryte były ziarniną, którą musiano ostrą łyżeczką zeskrobywać. Jelita obmyto 5% kwasem karbolowym i odprowadzono do brzucha. Ranę zaszyto głębokimi szwami jedwabnymi, które wyjęto 12-go dnia.

W dyskusyi zabierał głos:

Kol. Braun. Chciałbym zapytać, jakim katgutem zespojono w danym przypadku powłoki brzuszne, gdyż jestem zdania, że katgut chromowy jako powolniej ulegający wessaniu, dłużej mógł utrzymać skórę w ścisłem zetknięciu ze sobą, a tem mniej mogłyby się rozejść brzegi rany brzusznej. Dalej chciałbym podnieść okoliczność, na którą zwracają różni autorowie uwagę, że rychłozrost w ranie brzusznej jest znacznie utrudniony, jeżeli brzegi rany wycieramy przed zeszyciem wacikiem, zamoczonym w mocnym rozczynie n. p. karbolu.

Ponieważ tutaj zależy na dokładnem a szybkiem zrośnięciu się brzegów rany, radzę oczyszczać powłoki brzuszne przed zeszyciem wacikiem sterylizowanym lub umaczanym w rozczynie soli kuchennej.

Wreszcie pragnąłbym dodać, że niektórzy radzą przykryć jelita, jakby fartuszkiem, siecią, gdyż na wypadek rozejścia się brzegów rany sieć w ten sposób ułożona chroni jelita przed większem wypadnięciem, względnie zanieczyszczeniem.

Kol. Świtalski w odpowiedzi zaznacza, że szyto katgutem sublimatowym i że się w klinice katgutu chromowego nie używa. Ranę przed zamknięciem obmyto wyjałowionym płynem Tavela. Jelita były przez cały czas pokryte kompresami napojonymi tym samym płynem. Siecią pokrywa się je w końcu zawsze, o ile to da się uskutecznić.

4) Kol. Rosner opowiedział:

Przypadek wady rozwojowej macicy (*Laparotomia, amputacya rogu*).

Pacyentka, której historyę mam zamiar opowiedzieć, już od 16 lat jest wierną klientką kliniki, i niewątpliwie Panom, którzy byli w klinice asystentami, musi być znaną.

Pierwszy raz zgłosiła się do kliniki 15 listopada 1880 r. Anamneza jej była wówczas następująca: Z. D. l. 19 wolna. Nigdy nie rodziła, ani nie roniła. Przed miesiącem pierwszy raz w życiu miesiączkowała, poczem miesiączka powróciła po raz wtóry przed tygodniem.

Podczas tej miesiączki chora tańczyła całą noc i piła napoje wyskokowe, poczem wystąpiły silne boleści w dole brzucha i w krzyżach, parcie na mocz przy utrudnionem i bolesnem oddawaniu tegoż. Nadto krwawienie trwa i nie ustaje.

Stan obecny: Indywiduum dobrze odżywione; tętno spokojne, ciepłota nie podwyższona. Brzuch lekko wzdęty, powłoki miernie tłuste, napięte. Nad spojeniem kości łonowych czuć guz chełboczący, jajowaty, w środku brzucha ułożony, sięgający na 2 palce poniżej pępka. Odprowadzono około litr moczu jasnego, przyczem opisany guz ustąpił. Odgłos wypukowy nad spojeniem kości łonowych bębenkowy. Wejście do pochwy wązkie, pochwa miernie szeroka, pomarszczona. Na około ujścia pochwowego błona dziewicza Część pochwowa zanikła; drobna, zbaczająca na prawo, tak, że prawie przylega do prawej ściany pochwowej. Ujście zewnętrzne przedstawia dołek drobny, wielkości grochu o brzegach gładkich. Sklepienie lewe wypuklone przez guz chełboczący, elastyczny, niewyraźnie odgraniczony. Palec wyjęty śluzem pokryty. Wprowadzając palec do rectum, czuć wyraźnie guz chełboczący, zajmujący ku górze prawą i lewą stronę miednicy. Guz ten jest elastyczny, palcem obejść się nie daje, ani wysunąć ku górze. Powierzchnia guza nierówna, nierówności wielkości śliwki giną przy ugniataniu. Rectum przechodzi po za guzem ku górze.

We wzierniku widać drobną część pochwową. Z ujścia wydobywa się śluz krwawy.

Rozpoznano: *Haematocele retrouterina sin.*

Zalecono bezwarunkowy spokój, okład wysechający, morfin.

W pierwszych dniach chora użala się na znaczne boleści w brzuchu, nie może sypiać, tak że musiano jej podawać na noc i w nocy morfin.

25. XI. Chora ma się lepiej, bóle ustąpiły.

20. XI. Zalecono smarowanie okolic nadpachwinowych *cum Tinctura jodi.*

15. XII. Przy badaniu okazało się, że guz skutkiem *Haematocele retrouterina* powstały ustąpił; macica jest ruchoma, w tylnem sklepieniu na tylnej ścianie macicy znachodzi się guz wielkości dużego orzecha laskowego, który jako pozostałość powyższego cierpienia uważać należy. Zalecono *globuli cum kalio jodato in vaginam.*

29. XII. Pomieniony guzek w tylnem sklepieniu już nie istnieje; sklepienia wszystkie wolne; macica dziewicza wolno poruszalna. We wzierniku pochwa zaczerwieniona, śluzem pokryta, z drobnego ujścia części pochwowej wydobywa się śluz ropiasty. Zalecono wstrzykiwania dwa razy dziennie *cum Plumbo acet. bas.*

3. I. 1881. Rozszerzono szyjkę macicy rozszerzadłem Ellingera i błonę śluzową wylapisowano. Nadto polecono dalej wstrzykiwania *cum Plumb. acet. bas.*

11. I. Przy badaniu okazuje się tylko śluzowa przeźroczysta wydzielina z ujścia zewnętrznego macicy. Pochwa lekko zaczerwieniona i skąpą wydzieliną pokryta. Zalecono jej w domu używanie wstrzykiwań *cum Plumb. acet. bas.* i tegoż dnia opuściła klinikę.

Rozpoznano wówczas *Haematocele retrouterina sinistra.*

Drugi raz przyjęta została do kliniki dnia 7/IV. 1881 i leżała aż do 17/VII, poczem przeniesiona została do Szpitala. Miała ona wówczas bardzo silne bóle. Stanu obecnego wówczas nie spisano, natomiast pod datą 25/IV znajdujemy następującą notatkę: „okazało się, że guz krwawy znacho-

dzący się w przedniem sklepieniu ustąpił zupełnie, (tu śp. prof. Madurowicz dopisał własnoręcznie „nie było!“, co odnosi się niewątpliwie do guza krwawego w przedniem sklepieniu“) część pochwowa znacznie sklęsła guzy w prawem i tylnem sklepieniu stały się płaskimi. Sklepienie wyżej ustawione“.

Pod datą dnia 11/V znajdujemy następujący zapisek: „nadszedł okres miesiączkowy, na który chora nie zważając zupełnie, wyszła do ogrodu i poczęła wychodzić na mur, chcąc się muzyce przysłuchać. Tejże nocy zaraz wystąpiły gwałtowne boleści u chorej w dole brzucha w połączeniu z uczuciem parcia ku dołowi. Badanie wykazało wzrastający guz w tylnem sklepieniu. Okłady zimne na brzuch. Aż do 22/V. boleści trwają bezustannie, zwalczane tylko silnemi dawkami morfinu, wstrzykiwano bowiem dwa razy dziennie a nawet i trzy razy po 3 do 4 centigramów alkaloidu.

W czasie tym guz krwawy w tylnem sklepieniu wzrastał bezustannie, tak iż wypełniał całą niemal miednicę małą wznosząc się w głębi na szerokość ręki ponad spojenie kości łonowych. Pochwa przylegająca do spojenia łonowego. Macica przesunięta ku górze i ku przodowi tak, że drobna część pochwowa znachodziła się w wysokości górnego brzegu spojenia kości łonowych. Parcie na mocz. Ilość moczu nasyconego bardzo skąpa. Oddawanie stolców bolesne.

W ostatnich dniach przed 22/V bóle acz są znaczne, nie wzmagają się.

22/V. Nagle wystąpiły odchody czerwone zawierające starą krew. Chora doznała znacznej ulgi w brzuchu, boleści ustąpiły. Odchody w pierwszym dniu najobfitsze utrzymywały się przez trzy dni obficie, poczem coraz skąpsze przeszły w odchody śluzowo-ropiaste. W miarę odpływających odchodów, guz w tylnem sklepieniu zmniejszał się wciąż a temczasem i organa przesunięte poczęły wracać w swe dawne położenie.

2/VI. Przy badaniu okazało się, że część pochwowa gruba od strony lewej mocno obrzmiała, tak, że ujście jest zwróconem ku stronie prawej, stoi znacznie niżej, niemal

w osi miednicy. W tylnem sklepieniu czuć guz rozlany niewyraźnie, odgraniczony, niezbyt bolesny.

I za tym drugim pobytem w klinice rozpoznanie *haematokele retrouterina* pozostało niezmienione.

Po raz trzeci znajdujemy jej nazwisko w księgach klinicznych w r. 1883. Przez blisko pięć miesięcy, bo od 19/II. do 16/VII. leżała wówczas w klinice.

Do tego zgłoszenia się do kliniki skłoniła ją ta okoliczność, że podczas ostatniej regularności myjąc podłogę dostała silnych bólów w jamie brzusznej i w krzyżach. Badanie wykazało wówczas w miednicy małej po stronie lewej „tumor elastyczny, nieruchomy, chełboczący", który przesuwał widocznie część pochwową na prawo, tak że palcem dosięgnąć jej nie było można. W kwietniu zaczęła się wydobywać z pochwy cuchnąca ropa, a badanie wziernikiem poucza, że ropa ta sączy się z ujścia zewnętrznego macicy, obecnie już dostępnego. Odpływ ropy przyspieszało się przez ucisk na opór lewą połowę miednicy zajmujący. Ten odpływ cuchnącej ropy trwał aż do końca obserwacyi. Ówczesne rozpoznanie brzmiało: *abscessus periuterinus sinister*, z przebiciem do macicy.

Przed 9-ma laty chora wyszła za mąż, potem raz roniła i raz rodziła prawidłowo.

W zeszłym roku zgłosiła się po raz czwarty do kliniki, gdzie rozpoznano zmiany w częściach dodatkowych i w tkance omacicznej lewej.

W końcu po raz piąty przyjętą została dnia 27 listopada 1895. Silne bóle w krzyżach odnoszono wówczas do nacieku jaki znaleziono po lewej stronie obok macicy. Dolegliwości były tak silne, że musiano się niekiedy uciekać do injekcyi podskórnych morfinu. Dopiero dnia 17 lutego 1896 przystąpiono po badania w uśpieniu chorej i wtedy wybadać było można bez trudności, że macica składa się z dwóch, aż po szyję od siebie oddzielonych rogów i że części dodatkowe po stronie lewej są chorobowo zmienione.

Dnia 21/II przystąpiono do laparotomii, którą mój szef Profesor Jordan był łaskaw mnie odstąpić. Po otwarciu jamy brzusznej spostrzeżono, że macica składa się z dwóch rogów, z których prawy przedstawia się prawidłowo, lewy jest mniejszy ale grubszy i twardszy. Od niego odchodzi trąbka rozszerzona, zamknięta i czystym płynem surowiczym wypełniona, z otoczeniem zrośnięta. Jajnik tej strony leży w zrostach. Po stronie prawej części dodatkowe zdrowe. Przystąpiono do amputacyi rogu lewego wraz z częściami dodatkowemi. W tym celu po oddzieleniu tych zrostów podwiązałem przedewszystkiem tętnice (*spermatica* i *uterina*). Tętnicę maciczną po przecięciu blaszki przedniej szerokiego więzu wyosobniłem i *in continuitate* podwiązałem. Potem ligaturami katgutowemi podwiązałem całe lewe więzadło szerokie i przystąpiłem do właściwej amputacyi. Była ona o tyle dwuczasową, że utworzyłem nasamprzód dwa manszety otrzewnowe a potem klinowo wyciąłem chory róg macicy. Jeden szew katgutowy zapuszczono w głąb, drugim złączono brzegi manszetów otrzewnowych. Krwawienie dzięki podwiązaniu uprzedniemu dużych tętnic było minimalne.

Dodać należy, że i podczas operacyi stwierdzono twardy naciek w lewem *parametrium*, który może odpowiadać wypocinie zapalnej lub nowotworowi.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Dnia 3 marca zmiana opatrunku. Dnia 11 marca chora zaczyna wstawać, dnia 17 marca opuszcza klinikę. Bóle nie ustąpiły jeszcze całkowicie, są jednak znacznie słabsze, tak, że chora obchodzi się bez narkotyków.

Ten wynik badania w uśpieniu potwierdzony podczas zabiegu operacyjnego zmuszał nas do zadania sobie pytania, czy rozpoznania kliniczne z przed lat kilkunastu nie były mylne i czy jej ówczesne cierpienie nie dałoby się wytłómaczyć istnieniem wady rozwojowej i jej następstwami. Otóż, choć takie retrospektywne rozpoznawanie natrafia na pewne trudności, jednak są mojem zdaniem w przytoczonych historyach chorób podstawy, które nam każą poprzednie rozpoznania w świetle nowego tego odkrycia podać w wątpliwość.

Że chora miała wadę rozwojową, której nie rozpoznano, jest rzeczą pewną.

Wszystko przemawia za tem, że od okresu pokwitania tylko prawy róg macicy funkcyonował należycie, lewy był od samego początku źródłem wszystkich jej długoletnich dolegliwości. Z prawego rogu odbywała się miesiączka prawidłowo — w prawym była ciąża, podczas gdy lewy był siedzibą haematometry a potem pyometry. Przypomnijmy sobie raz jeszcze niektóre ważniejsze momenta jej chorób. Jako młoda 18-letnia dziewczyna już podczas drugiego peryodu zaczęła doznawać silnych bólów w dole brzucha i krzyżach. Wówczas stwierdzono „wyraźnie odgraniczony“ guz na lewo od macicy. „Część pochwowa zanikła, drobna, zbaczająca na prawo tak, że prawie przylega do prawej ściany pochwowej“. Guz był wtedy tak duży (sięgał na 2 palce poniżej pępka), że gdyby w rzeczywistości odpowiadał czystemu krwistekowi zamacicznemu, musiałaby była pacyentka popaść w niedokrewność, o czem historya choroby ani wtedy, ani w ogóle nigdy nie wspomina. Przeciwnie ułożenie tumoru na lewo od macicy, silne boleści w brzuchu i w krzyżach, brak gorączki, brak w ogóle, prócz bólów, objawów zapalenia otrzewny, powstanie cierpienia wśród regularności, wszystko to przemawia za tem, że już wtedy w niedokształconym lewym rogu była *haematometra*. Rozpoznanie to mógłby spotkać ten zarzut, że guz był za duży i że po jednej do macicy wylanej miesiączce, nie mogłaby się była macica tak dalece powiększyć. Na to odpowiedzieć można, że przedewszystkiem nie da się wykluczyć, że już miesiąc przedtem przy pierwszej menstruacyi zaczęła się gromadzić krew w macicy, co się dziać mogło bez znaczniejszych bólów, a powtóre dno guza sięgać mogło już po jednej obfitej miesiączce stosunkowo wysoko w obec tego, że ani pochwa ani szyja nie była krwią wypełniona, tylko sama jama trzonu.

Dalej, stosunkowo bardzo szybkie ustąpienia guza i wszelkich objawów chorobowych przemawia za tem, że krew niepostrzeżenie wylała się z macicy, gdyż już w mie-

siąc po przyjęciu chorej, z całego dużego, napiętego guza pozostał guzek wielkości dużego orzecha laskowego, na tylnej ścianie macicy leżący, który mógł odpowiadać właśnie lewemu rogowi macicy już wypróżnionemu.

Kiedy chora była za drugim zawodem w klinice, przebieg cierpienia jeszcze wyraźniej przemawiał za rozpoznaniem haematometra. Znowu wśród miesiączki zaczął róść guz krwawy. Przez jedenaście dni trwał jego wzrost wśród widocznie niezwykle silnych bólów, skoro trzeba było podawać bardzo duże dawki morfinu podskórnie.

Po tych jedenastu dniach nagle zaczęły odpływać odchody „zawierające starą krew“ i „w miarę odpływających odchodów guz w tylnem sklepieniu zmniejszał się wciąż“ i bóle ustąpiły w zupełności. Za trzecim pobytem stosunki zmieniły się o tyle, że guz, który między drugim a trzecim pobytem w klinice znowu się wytworzył, zawierał nie krew tylko cuchnącą ropę. Ropa ta zaczęła potem odpływać przez ujście zewnętrzne macicy, a odpływ przyspieszano przez ucisk na guz.

Zdaje mi się, że te wszystkie objawy w świetle nowej naszej dyjagnozy można ocenić w ten sposób. Róg lewy macicy nie zupełnie dokształcony był w miejscu, gdzie przechodził w kanał wspólnej szyi tak wązki, że krew miesiączkowa tylko z pomocą bardzo silnych skurczów macicy mogła przezeń wypłynąć. Być może, że przy pewnem zagięciu tego rogu, kanał idący do szyi stawał się zupełnie niedrożnym. Tem tłómaczyć by można fakt, że chora czasami dostawała haematometry, która przy silnych i bardzo bolesnych skurczach wylewała się na zewnątrz, jak to miało miejsce 22 Maja 1881 r. Ponieważ była komunikacya między jamą tego rogu zawierającą krew, a światem zewnętrznym, przeto przyszło do zakażenia i rozkładu tej krwi i wytworzyła się *pyometra*, można dodać *profluens*, ktora trapiła chorą w 1883 r. Prawdopodobnie w czasie kiedy krew gromadziła się w macicy powstała i *haematosalpinx*, która po kilkunastu latach przeszła w *Sactosalpinx serosa.* Dokoła tej trąbki potworzyły się zrosty.

Oto tłómaczenie objawów pierwej spostrzeganych, które były tak dalece niejasne. że nie były w stanie umożliwić rozpoznania. Za ostatniem pobytem chorej w klinice rozpoznano przed zabiegiem dzięki zastosowaniu uśpienia chloroformowego zatrzymanie krwi miesiączkowej w macicy dwurożnej, i mam to przekonanie, że tylko dzięki tej narkozie i temu szczegółowi, że róg ten nie był zamieniony na wielki guz, który w czasie poprzednich pobytów chorej w klinice zacierał w wysokim stopniu stosunki topograficzne, można było stan ten należycie rozpoznać. Tych słów kilka wystarczy, ażeby się ochronić przed zarzutem, jakobym chciał trafność poprzednich rozpoznań w sposób ujemny krytykować.

Dyskusya:

Kol. Mars:

Skoro kol. Rosner znalazł krwistek wśródmaciczny, nietrudno zrobić przypuszczenie, że tenże istniał już w pierwszych zawiązkach choroby, nie wyklucza to jednak możebności, że powstać mógł o wiele później. Jeżelibyśmy przypuścili, że krwistek wśródmaciczny istniał już wówczns, gdy chora była pierwszy raz w klinice prof Madurowicza, to musimy przyjąć, że równocześnie obok niego powstał i istniał także krwistek zamaciczny, co wobec podwójności macicy tem możebniejsze. Chorą pamiętam bardzo dobrze. Gdy przybyła do kliniki rozpoznano w niej: *haematocele retrouterina*, leczoną była bardzo długo, a gdy jej już lepiej było, zaszła okoliczność, że ulicą przechodziła muzyka wojskowa, której dźwięki do sali chorych dochodziły. Pacyentka ciekawa, wyskoczyła z łóżka na pokój, z pokoju przez okno na ogród, a w ogrodzie wydrapała się na mur uliczny, dobrze Panom znany. Po tem zajściu pod objawami krwotoku wewnętrznego powstał nagle ograniczony, znacznie napięty krwistek pozamaciczny cechująco umiejscowiony. W kilka godzin guz dosięgnął kolosalnych rozmiarów. Bądź jak bądź haematometra w ten sposób się nie powiększa. — Objawy i badanie przedmiotowe w obu cierpieniach w mowie będących jest tak odmienne, że w obu dłuższej obserwacyi, tak gruba pomyłka jest prawie niemożebną.

Wreszcie trudno mi przypuścić, aby osoba ze zmianami chorobowemi znacznemi w częściach dodatkowych i w macicy (*pyometra*) mogła na czasie bez żadnych zaburzeń prawidłowo urodzić. Możebnem przecież jest, że była pierwotnie *haematocele retrouterina*, nastąpiło zropienie a wreszcie wyleczenie; potem

zaszła chora w ciążę, urodziła prawidłowo, a zmiany obecnie znalezione powstały już po przebytym porodzie, co tem możebniejsze, że rzecz się rozgrywa w czasokresie lat kilkunastu.

5) Kol. Rosner wygłosił rzecz:

O nowym sposobie szwu mięśni prostych po laparotomii.

Panowie! Jako argument przeciw koeliotomii a za zabiegami pochwowymi przytacza się zwykle przepukliny brzuszne. Cierpienie to czasem niebezpieczne, często bardzo dokuczliwe, zawsze niemiłe, jest niestety do dziśdnia częstem powikłaniem pooperacyjnem. Winter mówiąc o tym przedmiocie na zeszłorocznym zjeździe ginekologów w Wiedniu zebrał 522 przypadków operowanych między 1889 a 1894 rokiem w klinice berlińskiej i przyszedł do przekonania, że u chorych operowanych w r. 1889 pojawiło się przepuklin brzusznych 30%, u chorych z 1890 29% z 1891 23%. Cyfry to ogromne, dowodzące, że powikłanie to wydarza się znacznie częściej, niż się powszechnie sądzi. W dyskusyi nad tym odczytem panowała prawie powszechna zgoda co do tego, że przyczyny tego zjawiska należy szukać między innemi w niedokładnym szwie powłok brzusznych. Nie ulega nadto wątpliwości, że i ropienie w ranie brzusznej i wiotkość powłok odgrywają tu ważną rolę. Wynika z tego, że dobra aseptyka i dokładny szew powinny być w stanie zapobiedz powstaniu przepukliny u osób z normalnemi powłokami.

Na zjeździe wiedeńskim referent i mowcy biorący udział w dyskusyi kładli główny nacisk na szew powięzi powierzchownej brzucha. Tylko Ziegenspeck a po części i Winckel zwracali uwagę na szew mięśni.

Zadać sobie należy przedewszystkiem zasadnicze pytanie czy mięśnie, czyli też powięź odgrywa tu ważniejszą rolę.

Zdaje mi się, że mięśnie. Przemawia za tem ta okoliczność, że u osób nie operowanych, u których więc continuitas powięzi nie jest naruszoną, powstają czasem

przepukliny brzuszne w linii środkowej. Są to najczęściej wielródki u których mięśnie proste wskutek rozstępu leżą daleko od siebie i gdzie właśnie, powstanie lub nie ewentracyi zawisło w pierwszym rzędzie od wytrzymałości powięzi.

Łatwo przekonać się u osób, u których się wykonywa cięcie cesarskie, dalej podczas laparotomii u wieloródek z rozstępem mięśni prostych, że powięź jest prawidłowo gruba i tęga. Pomimo to nie może ona często zapobiedz utworzeniu się ewentracyi.

Te fakta pozwalają stwierdzić, że najlepiej przed wypukleniem się trzewiów chroni warstwa mięsna i gdzie ona oddziela wnętrze jamy brzusznej od powłok skórnych, tam nie ma warunków do wytworzenia się herni. Nie wynika z tego, żeby wszędzie, gdzie warstwy tej nie ma musiała powstać przepuklina, bo w takim razie co druga wieloródka musiałby mieć ewentracyą. Brak warstwy mięsnej jest tylko jednym z warunków.

Mówiąc o przepuklinach wspominam również o ewentracyi, powstałej w skutek rozstępu mięśni prostych, choć ściśle biorąc oba te stany, różnią się od siebie. Obu wszakżeż należy unikać.

Starano się w rozmaity sposób zapobiedz temu rozstępowi mięśni po laparotomii. I tak zeszywano je w linii środkowej, przecinano i zeszywano poza linią środkową, wreszcie na drodze niejako plastycznej starano się jeden mięsień połączyć z drugim. Na zeszłorocznym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie podał W o ł k o w i c z dwa sposoby, które nazwał „srzyżowaniem“ względnie „nasuwaniem mięśni prostych brzucha“. W obu tych sposobach zadaje się mięśniom prostym rany, które następnie zeszywa się w ten sposób, że się łączy ranę mięśnia prawego z raną mięśnia lewego i doprowadza ostatecznie do organicznego połączenia obu mięśni ze sobą. Sposoby te opisane są dokładnie w Pamiętniku zjazdu, do którego Panów odsyłam.

Niedawno miałem sposobność zastosować inny sposób szycia mięśni u jednej z chorych klinicznych. Myślą prze-

wodnią tej metody jest zapętlenie jednego mięśnia prostego drugim, tak, ażeby włókna każdego z nich pozostały *in continuitate* dla siebie, ażeby jednak mimo to oba mięśnie były ze sobą połączone.

Zabieg wykonałem w następujący sposób. Mając przed sobą odsłonięte oba mięśnie proste w dolnym ich przebiegu, przeciąłem poprzecznie lewy mięsień tuż przy przyczepieniu się jego do kości łonowej. Cięciem tym nie przeciąłem całej jego grubości, innemi słowy nie oddzieliłem całego mięśnia od przyczepu kostnego, tylko wewnętrzną jego połowę. W ten sposób zewnętrzna połowa mięśnia pozostała nadal w związku z kością. Następnie preparując na tępo wzdłuż włókien mięsnych ku górze, a więc równolegle do przebiegu mięśnia oddzieliłem od siebie wewnętrzną połowę mięśni od zewnętrznej. Otrzymałem przez to płat mięśniowy mniej więcej prostokątny, którego dolna płaszczyzna przedstawiała ranę powstałą przez odcięcie mięśnia od przyczepu — zewnętrzna ranę powstałą przez oddzielenie obu połów mięśnia od siebie, wewnętrzna nie ranna odpowiadała wewnętrznemu brzegowi mięśnia — w górze zaś płat pozostawał w związku z dalszą częścią *m. recti.* Ponieważ w moim przypadku rana brzuszna była krótka, przeto i płatek ten wynosił mniej więcej 5—6 ctm.

Następnie wziąłem się do drugiego mięśnia. Zamkniętemi nożyczkami, a więc na tępo zrobiłem w nim otwór idący na wylot od przedniej do tylnej jego powierzchni. Otwór ten leży w równej odległości od zewnętrznego i wewnętrznego brzegu mięśnia, odległość zaś jego od przyczepu kostnego równa się połowie długości płatka wyciętego po stronie lewej. Otwór ten jest właściwie szczeliną, ponieważ nożyczkami rozdzielono na tępo włókna wzdłuż ich przebiegu. Szczelina ta jest tak duża, że płatek wycięty z drugiego mięśnia może się w nią zmieścić. Koniec płatka, przeprowadziłem teraz przez tę szczelinę od dołu ku górze (*b*), czyli od tylnej powierzchni mięśnia ku przedniej — płatek przeciągnąłem przez szczelinę i dolną jego ranną powierzchnię przyszyłem katgutem napowrót do miejsca przyczepu (*a*)

t. j. tam zkąd został odcięty. W końcu przytwierdziłem szwem katgutowym płatek w szczelinie *m. recti dextri* i przyszyłem katgutem oddzielony poprzednio płat napowrót do zewnętrznej połowy mięśnia lewego (*c*) tak, ażeby nigdzie nie pozostawić przestrzeni nie pokrytych mięśniem. Zresztą u pacyentki tej zaszyłem przedtem szwem katgutowym kuśnierskim otrzewnę, potem takimże szwem powierzchowną powięź brzuszną, jednym słowem obok tej plastyki mięśniowej wykonałem szew powłok w sposób zwykły piętrowy.

Daleki jestem od tego, ażeby zachwalać ten zabieg niedawno i tylko raz wykonany. Chcę tylko zaznaczyć, dlaczego po nim spodziewam się dobrych wyników.

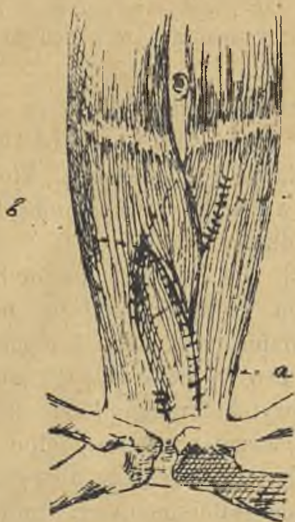
Przepuklina względnie ewentracya w linii środkowej powstaje wtedy, jeśli opór, jaki stawiają powłoki ciśnieniu wśródbrzusznemu nie jest w tym miejscu dostateczny. Wypuklić się przytem naturalnie musi miejsce najmniejszego oporu. Tym miejscem w zwykłych warunkach jest linia środkowa. Ciśnienie wśródbrzuszne jest wynikiem między innemi pracy mięśni brzusznych; ich skurcz ciśnienie to powiększa i stwarza przez to warunki do powstania przepuklin i ewentracyi. Z tego wynika, że skurcz mięśni prostych przyczynia się również do tego, że mięśnie to zostają rozsunięte przez wtłaczającą się w szczelinę między nimi zawartość jamy brzusznej.

Zapobiedz skurczowi tych mięśni naturalnie nie jesteśmy w stanie; od jego następstw w postaci ewentracyi chroni nas znakomity a skomplikowany powięziowy aparat linii środkowej. Ten aparat niszczy cięcie laparotomijne, a żaden szew do dawnego stanu przywrócić go nie zdoła. Trzeba nowego aparatu. Ten aparat nowy powinien tak funkcyonować, ażeby nie pozwalał mięśniom kurczącym się oddalać się od siebie. Owszem pożądanem by było, ażeby mięśnie proste w chwili skurczu, to jest właśnie wtedy, kiedy zawartość jamy brzusznej ma skłonność do wypuklenia powłok na zewnątrz, przyciągały się wzajemnie i tem pewniej zamykały drogę prącym na zewnątrz trzewiom.

U mojej chorej skurcz mięśnia prostego prawego przyciągnie na prawo *m. rectum sin.* i na odwrót, i dlatego mam nadzieję, że aparat zabiegiem tym stworzony powinien przepuklinie w linii środkowej zapobiedz.

Słabą stroną tego zabiegu jest to, że pozostają po nim szczeliny w mięśniach, które się wprawdzie zeszywa, ale które ostatecznie mogą się stać miejscem mniejszego oporu.

Przyszłość okaże, czy sposób ten jest praktyczny i cel, do którego dąży, osięga.



Dla lepszego zrozumienia rzeczy dołączam rysunek, który przedstawia ranę brzuszną po ukończeniu plastyki mięśniowej.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Obaliński: wspomina o propozycyach, odnoszących się do radykalnych operacyi przepuklin pępkowych, i zwraca kol. Rosnerowi uwagę na metody Condamina i Keena.

Kol. Kośmiński przypomina metodę, mającą na celu również zapobieganie przepuklinom, a polegającą na tem, że się prowadzi cięcie pozaśrodkowe i przechodzi niem przez jeden z mięśni prostych, który potem zostaje zeszyty.

Kol. Rosner sądzi, że wyrok o tej metodzie już wydano, gdyż okazało się, że w miejscu przecięcia i zeszycia mięśnia wytwarza się blizna przeważnie łączno-tkankowa, która potem nie jest w stanie zapobiedz wytworzeniu się przepukliny. W swoim sposobie starał się o to, w przeciwstawieniu do Wołkowicza, ażeby, o ile być może, nie przecinać włókien mięsnych na poprzek w ich przebiegu, tylko przy samym przyczepie. Nie chce również twierdzić, że sposób ten na pewne zapobieży przepuklinom, bo na to trzeba jeszcze dużo prób i długiej obserwacyi.

Kol. Kośmiński sądzi, że techniczne trudności w tej metodzie są wielkie, i nie ma nadziei, żeby wyniki mogły być świetne. Przypuszcza, że pasek mięśniowy w sposobie kol. Rosnera jest zbyt wązki. Przemawia w końcu za zwykłym szwem 3-piętrowym.

6) Kol. Jordan: przedstawił:

Przypadek oophoropexii własną metodą.

Pragnę przedstawić Panom osobę, która po oophoropexii dziś wychodzi z kliniki, i wspomnieć kilka słów o zabiegu w tym przypadku.

J. P. ma lat 30. Nie rodziła i nie roniła, ma silne dolegliwości w krzyżach, zwłaszcza podczas miesiączki, i wybitną hysteryą. Badanie wykazało tyłopochylenie macicy i obniżenie obu jajników wyraźnie powiększonych i tkliwych. Leczono ją ambulatoryjnie krążkami bez skutku o tyle, że albo macica wracała w złe położenie, albo krążek uciskał jajniki i sprawiał bóle. Przyszedłszy do przekonania, że na tej drodze nie uzyskam stałej poprawy, zaproponowałem chorej operacyą i wykonałem ją 14-go lutego b. r.

Po otwarciu brzucha znalazłem stan dokładnie taki sam, jak przedtem wybadano. Przyczyną powiększenia jajników były liczne torbielki, niektóre wielkości grochu. Mimo podniesienia macicy na pętli, przeprowadzonej przez jej dno, i odprowadzenia jej w normalne położenie, jajniki pozostają w jamie Douglasa. Przyszedłem więc do przekonania, że samo przyszycie macicy do powłok żadną miarą wystarczyć nie może do usunięcia przypadów wyraźnie od opadnięcia jajników pochodzących. Z drugiej strony sama oophoropexia byłaby również niedostateczną i należało się obawiać,

że wcześniej, czy później przyjdzie do nawrotu cierpienia. Przewlekłe zmiany zapalne jajnika, które doprowadziły aż do drobno-torbielkowątego zwyrodnienia tych narządów były, zdaniem mojem, następstwem wadliwego położenia macicy, podobnie jak *metritis chronica*. Jajniki tak zmienione ciężarem własnym wyciągnęły sobie więzy, i doskonale można było w tym przypadku wyśledzić, że równie dobrze *mesovarium*, jak i *lig. infund. pelvicum* i wreszcie *lig. ovarii proprium* były nad miarę wydłużone. Na to wydłużenie więzów zwracałem już dawniej na zjeździe lwowskim uwagę.

Sądziłem więc, że należy w pierwszym rzędzie jajniki pomniejszyć przez nakłucie termokauterem licznych cystek, następnie podnieść je do góry przez skrócenie wszystkich trzech wydłużonych więzów, a wreszcie przyszyć macicę do powłok. To też u niej wykonałem.

We wszystkie trzy więzadła wszyłem kapciuszkowe szwy katgutowe i uzyskałem rzeczywiście znaczne podniesienie jajników zupełnie ruchomych.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Chora dziś wychodzi.

Badając możecie się Panowie przekonać, że jajniki leżą wysoko i są może tylko nieco od prawidłowych większe.

LXXIV. Posiedzenie z dnia 14 kwietnia 1896.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Mars przedstawił:

schorzałe wycięte części dodatkowe macicy i opowiedział historyę przypadku.

Preparat, Panom przedłożony, pochodzi z osoby 28-letniej, od 8 lat zamężnej. Osoba ta nie rodziła ani nie roniła, w panieństwie miesiączkowała od 16-go roku życia regularnie, bez żadnych dolegliwości. W pierwszym roku po za-

mążpójściu, niebawem po peryodzie, po kąpieli w łaźni, dostała silnych bólów w podbrzuszu, przyczem wystąpiło krwawienie, trwające trzy tygodnie, i gorączka. Aczkolwiek potem przyszła do siebie, czuła się przecież niezdrową, miesiączkowała nieregularnie, to skąpo, to znów obficie; często pokazywały się skrzepy krwi. Przed 3 laty miała cierpieć na gościec mięśniowy. Od roku czuła się znacznie gorzej, zapadała na dolegliwości w podbrzuszu częściej powracające, od trzech tygodni zaś żaliła się na utrudnione i bolesne oddawanie moczu. Spółkowanie zawsze bardzo bolesne, stolce zaparte.

Badanie przedmiotowe wykazało szmer skurczowy nad końcem serca, 2 gi ton nad tętnicą płucną zaostrzony, wymiary serca nieco powiększone. W brzuchu guz wychodzący smukło z miednicy małej, ku górze rozszerzający się znacznie na boki, w linii białej sięgający na 3 palce niżej pępka. Na szczycie guza pod linią białą, czuć rowkowate zagłębienie, dzielące guz na dwie części. W części prawej daje się wykazać zbitość niejednostajna, podczas gdy od dołu guz jest zbity, niepodatny, w górze elastyczny, zbitości torbiela o grubych ścianach; część dolna tkliwa, górna zupełnie niebolesna. Część guza całego po lewej stronie brzucha położona, okazuje zbitość więcej jednostajną, elastyczną, jakby torbiela o ścianach napiętych. Cały guz z boku na bok poruszalny łatwo. Przy badaniu wewnętrznem pochwa, część pochwowa dziewicza nie okazują nic osobliwego. Wśród badania zestawionego czuć w tylnem sklepieniu dalszy ciąg macicy w ułożeniu horyzontalnem; w sklepieniu przedniem można wybadać na przedniej ścianie macicy guzek twardy, zbity, wielkości orzecha włoskiego. W sklepieniu przedniem i bocznem prawem czuć zbite dolne ograniczenie wyżej opisanej części prawej guza, który zdaje się być w związku z prawym brzegiem i przednią ścianą macicy, od której odchodzi na bok i ku górze, ku talerzowi kości biodrowej. Zupełnie podobnie w sklepieniu przedniem i lewem czuć dolne ograniczenie lewej części guza w takimże stosunku do macicy zostającego, tylko guz ten w całości

nieco mniejszy, elastyczny, jakby torbielowaty. Oba guzy oddzielone od siebie głębokim rowkiem, w którym osadzony leży mały, twardy, wyżej opisany guzek. Pod guzem lewym w sklepieniu czuć guzek wielkości orzecha leszczynowego. W tylnem sklepieniu na tylnej ścianie macicy podobny guzek. Szczytu ciała macicy wybadać nie można. Badanie wziernikowe daje wynik ujemny. Sonda cienka wchodzi do szyi macicy na 4 centimetry w kierunku ku tyłowi, po wyjęciu sondy wydobywa się z ujścia kropla cieczy gęstej, serowatej, mlecznej. Mocz prawidłowy. Na podstawie tego badania rozpoznano: Włókniaki macicy i guzy części dodatkowych.

W obec dolegliwości i nieznośnego stanu, w jakim się chora znajdowała, postanowiono guzy te usunąć i w tym celu 24-go marca 1896 otwarto jamę brzuszną. Jelita cisnące się przytrzymano ku górze, poczem ukazały się w dolnej części rany dwa guzy torbielowate (odpowiednio opisowi podanemu) o ścianach nader cienkich, wyraźnie przeświecających. Wprowadzoną ręką do jamy brzucha stwierdzono bardzo znaczne zrosty na wszystkie strony między guzami a organami sąsiednimi. Drobne nitkowate zrosty oddzielono zaraz, następnie podwiązano i odcięto sieć przyrośniętą, poczem górną część guzów wytoczono częściowo z rany przed powłoki brzuszne. Guz lewy, objęty jest od boku i od tyłu taśmowatym pasem, w którego szczycie trąbka leżeć się zdawała; pas ten gubi się w guzie ku przodowi; guz prawy przy dotykaniu ku środkowi i dołowi zbity; na wewnętrznej stronie przebiega po nim od przodu z dołu ku górze postronkowate ciało grubości palca, które przechodząc po nad szczytem guza przebiegało po jego tylnej ścianie skośnie na prawo ku kiszce ślepej, a dalej do zatoki Douglasa. Od tyłu guz prawy zrośnięty z kiszką ślepą, lewy z S. romanum bez wyraźnej granicy. Dla ułatwienia przystępu nakłuto oba guzy, z których wypłynęła ciecz przeźroczysta, czysta, bezbarwna. Najpierw podwiązano blisko środka taśmowaty postronek na guzie lewym, zawierający trąbkę, i odcięto, a następnie odłuszczono guz na tę-

po od przodu potem od tyłu. Przy odłuszczaniu od tyłu od S. romanum przerwano otrzewnę, pokrywającą jelito, na długość 2½ ctm.. Po usunięciu guza zeszyto naddartą otrzewnę szwem kuśnierskim.

Następnie wyłuszczono opisanego włókniaka z przedniej ściany macicy. Teraz dopiero można było się rozejrzeć w prawej części guza, i przekonano się, że opisany postronek grubości palca, po nad guzem ku tyłowi przebiegający, jest zgrubiałą trąbką prawą. Przy przecięciu podwiązanej trąbki, światła jej nie dostrzeżono, tylko nader zgrubiałe ściany, jak tu je Panowie widzicie. Wśród dalszego odłuszczania guza na tępo, gdy go oddzielano od kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego ujęto w palce silniej trąbkę, wówczas zaczęła się z odciętego końca trąbki wylewać wodnista, brudna, ropiasta ciecz, która na guz spływała. Natychmiast wyjałowioną gazą osłonięto jelita, sublimatowym wacikiem zmyto ciecz ropiastą i usunięto guz. Krwawienia nie było; założono worek Mikulicza i zaszyto ranę brzuszną Operacya trwała 40 minut.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Trzeciego dnia wystąpiła regularność trwająca 3 dni. 7-go dnia wyjęto gazę z worka Mikulicza, na której były jakby ślady ropy. W tydzień dała się wyjąć pozostała część worka Mikulicza. W dwa tygodnie później, a zatem w 4 tygodnie po operacyi, wyszła chora do domu z małą przetoką w dolnym kącie rany brzusznej, do której sonda dawała się wprowadzić na 6 centimetrów. Wydzielina z przetoki skąpa.

Części wydobyte, które Panom Kolegom przedkładam, okazują różnorodność zmian. Guz lewy, najpierw wydobyty, przedstawia się jako *hydrosalpinx*, guz prawy niejednostajnej zbitości jako torbielak jajnikowy, na którym przebiegała chorobowo zmieniona trąbka o ścianach kolosalnie zgrubiałych, zawierająca ropę, prawdopodobnie pochodzenia rzerzączkowego. Nadto wreszcie widzicie Panowie włókniaki macicy. — Mimo że przy badaniu guz był łatwo ruchomy i zewsząd ściśle ograniczony, to jednak po otwarciu jamy

brzucha dopiero po nakłuciu torbieli i po częściowem wyłuszczeniu guza można się było w stosunkach reszty należycie rozejrzeć. Z opisu i oglądania preparatu łatwo przyjść do przekonania, wyłuszczenie guza musiało sprawiać wielkie trudności, wobec tego, że guz był zewsząd z częściami sąsiedniemi pozrastany.

3) Kol. Świtalski:

Przypadek uszypułowanego włókniaka podśluzowego, który uległ zwyrodnieniu rakowatemu.

Przypadek ten dotyczy chorej P. A., lat 60 liczącej, z Miechowa. Chora podaje, że rodziła 11 razy, ostatni raz przed 16 laty. Porody i połogi były prawidłowe. Roniła raz. Po ostatnim porodzie miesiączkowała jeszcze przez 6 lat prawidłowo. Obecna choroba miała się rozpocząć przed czterema miesiącami wystąpieniem obfitych upławów żółtych. Od dwu miesięcy miewa dosyć obfite krwawienia i bóle ciągnące w krzyżach.

Badanie wykazuje u osoby dosyć dobrze zbudowanej i miernie odżywionej: pochwę prawidłową, część pochwową skróconą, ujście zewnętrzne rozszerzone na koronę, zatkane dolnym odcinkiem tumoru, usadowionego w szyi macicy. Tumor ten wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego jest konsystencyi twardej, ma powierzchnię nierówną, brodawkowatą, daje się dokoła obejść palcem; w górze tumor ten przechodzi w szypułę, której w całości jednak wybadać nie można. Trzon macicy nieco większy, ułożony w tyłozgięciu. Przy pomocy wziernika można stwierdzić, że twór znajdujący się w ujściu zewnętrznem, jest barwy ciemno-czerwonej, ma powierzchnię nierówną, miejscami pokrytą skrzepikami krwi.

Badanie mikroskopowe wyciętego z tumoru kawałka wykazuje utkanie rakowe.

Wobec tego rozpoznano *carcinoma polyposum uteri*, i dnia 18 Marca 1896 po należytem przygotowaniu chorej dokonano całkowitego wycięcia macicy przez pochwę przy pomocy

pince'ów i przyżegadła Pacquelina (*Thermokauterektomia*). Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Oto preparat, który Panom przedstawiam: Macica nieco powiększona, ściany jej są grube, szyja rozszerzona, a w niej znajduje się twór kształtu i wielkości dużego orzecha włoskiego, o powierzchni nierównej, brodawkowatej, stojący w związku z macicą za pomocą szypuły około 1 ctm. długiej, grubości ołówka, która przyczepia się do tylnej ściany szyjki od strony prawej, tuż poniżej ujścia wewnętrznego. Powierzchnia szypuły jest zupełnie gładka. Na przekroju tumor okazuje zabarwienie niejednostajne, a mianowicie przez środek jego przebiega ciemniejsza smuga, posiadająca liczne wypustki, zbiegające się ku szypule. Błona śluzowa macicy tak trzonu jak i szyjki przedstawia się makroskopowo prawidłowo.

Badanie mikroskopowe wykazuje, że utkanie tego polipa jest niejednolite, w części guza jasno zabarwionej widzi się tylko utkanie rakowate, w części guza ciemniej zabarwionej można wykazać włókna mięsne, a wśród nich ogniska rakowe, mniej lub więcej liczne, zależnie od tego, czy badamy część skrajną, czy też część środkową tej tkanki ciemniej ubarwionej. Im bliżej środka, tem mniej ognisk rakowych. W szypule, przedstawiającej utkanie włókniako-mięśniaka, nie spotyka się nigdzie komórek rakowych. Na powierzchni tumoru nie można nigdzie wykazać utkania błony śluzowej, podczas gdy szypuła pokryta jest błoną śluzową, przedstawiającą nieznaczne chroniczne zmiany zapalne (*endometritis interstitialis*).

Na podstawie tego badania drobnowidowego należy przyjąć, że w przypadku tym rozwinął się najpierw polip włóknisty (*polypus myo-fibrosus*) i ten następnie uległ zwyrodnieniu rakowemu. Punktem wyjścia dla raka był niewątpliwie przybłonek błony śluzowej, pokrywającej polip. Rozwój raka rozpoczął się tu prawdopodobnie gdzieś na szczycie guza naprzeciw szypuły, za czem przemawia ta okoliczność, że prawie cały tumor uległ zwyrodnieniu, a szypuła pozostała wolną.

Przypadki takie, w których włókniak ulega pierwotnemu zwyrodnieniu rakowatemu, należą do rzadkich, i dopiero w ostatnich czasach kilka takich ogłoszono. Jeszcze w r. 1882 Gusserow w dziele swojem „*Neubildungen des Uterus*" pisze: „*Die Combination von Fibrom u. Carcinom des Uterus neben einander ist ja keine Seltenheit, niemals ist aber bis jetzt eine isolirte krebsige Degeneration eines Fibroms beobachtet*".

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Mars nie zgadza się na ostatnią uwagę prelegenta, nie można bowiem tego przypadku zaliczyć do tych, w których włókniak uległ pierwotnemu zwyrodnieniu rakowemu, ale musimy rzecz tak wziąć, jak kolega S. zrazu wyżej przedstawił: było *fibromyoma polyposum* które następowo uległo zrakowaceniu. Rak wyszedł z błony śluzowej, pokrywającej włókniakomięśniaka. Powstanie raka możnaby odnieść do gruczołów błony śluzowej. Na polipach śluzowych obserwujemy bardzo często *endometritis glandularis*, która może przechodzić w *adenoma malignum* względnie w *carcinoma*, można sobie zatem w ten sposób bliżej powstanie raka tłomaczyć.

4) Kol. Świtalski opowiedział:

Przypadek pierwotnego zapalenia gruźliczego trąbek. Salpingectomia i resekcya pęcherza.

Wiadomo Panom, że z części rodnych kobiecych trąbki najczęściej bywają siedzibą zmian gruźliczych, które tutaj mogą występować pierwotnie lub następowo. W ogóle gruźlica trąbek nie występuje często, bo tak n. p. Winckel na 575 sekcyi znalazł 182 razy zmiany w trąbkach, a pomiędzy tymi tylko 5 razy gruźlicę trąbek; Schauta na 215, a Zweifel na 71 przypadków operacyi dokonanych z powodu zmian w trąbkach, nie wspominają ani razu o gruźlicy. Na 260 przypadków operowanych przez Martina z powodu zmian w trąbkach, znaleziono 17 razy zmiany gruźlicze. Zmiany gruźlicze pierwotne w trąbkach należą do bardzo rzadkich, tak, że Cohnheim zaprzeczał ich występywaniu, utrzymując, że gruźlica trąbek występuje zawsze w następstwie gruźlicy otrzewnej.

Rozumie się, że musimy uwzględniać zmiany pierwotne gruźlicze trąbek pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym. Klinicznie będziemy uważać zmiany gruźlicze w trąbkach za pierwotne wtenczas, gdy dotychczasowymi sposobami badania nie będziemy w stanie wykazać gruźlicy w żadnym innym organie; inna rzecz, że przy dokładnem przeszukiwaniu podczas sekcyi moglibyśmy w tych razach napotkać gdzieś ukryte ognisko gruźlicze, które w danym przypadku mogło się stać punktem wyjścia dla gruźlicy trąbek.

W tem znaczeniu klinicznem mieliśmy sposobność obserwowania przypadku pierwotnego zapalenia gruźliczego trąbek, który pod niejednym względem zasługuje na uwagę, dlatego chcę go Panom tu w krótkości opisać.

Chora P. K. l. 30 licząca podaje, że od 15 roku życia miesiączkuje regularnie, czasami z bólami w dolnej części brzucha. W 22 roku życia wyszła za mąż. Nie roniła, nie rodziła. Od dłuższego czasu miewa stałe bóle dołem brzucha i w krzyżach tak, że jest niezdolną do wszelkiej pracy. Od pewnego czasu pod koniec oddawania moczu doznaje dosyć silnych bólów nad spojeniem łonowem. Kaszlu nie ma. Co do dziedziczności nie umie podać żadnych szczegółów.

Badanie wykazuje: Osoba miernie zbudowana i odżywiona, w płucach zmian nie ma. Srom i pochwa prawidłowe. Trzon macicy w tyłozgięciu ustalony zrostami. W przedniem sklepieniu przed macicą przebiega opór kiełbasowaty, bolesny, który może odpowiadać tylko zmienionej trąbce. Mocz prawidłowy. Rozpoznano: *retroflexio uteri fixata, salpingitis.*

Wobec znacznych dolegliwości, jakich chora doznawała, postanowiono ją wyleczyć na drodze operacyjnej.

Dnia 9 kwietnia wykonałem laparotomią w narkozie chloroformowo-eterowej. Badanie bezpośrednie daje wynik bardzo ciekawy. Macica prawidłowej wielkości w tyłozgięciu przyrośnięta dosyć silnie do tylnej ściany miednicy; trąbka prawa w $^{4}/_{5}$ długości od ujścia brzusznego rozszerzona do grubości palca, o ścianach znacznie zgrubiałych, przebiega przed macicą i mniej więcej w okolicy szczytu pęcherza

łączy się z drugą trąbką, zupełnie w podobny sposób zmienioną tak, że obie trąbki tworzą łuk od tyłu ujmujący macicę. $^1/_5$ część długości obu trąbek przy macicy jest tylko nieco grubsza. Ujścia obu trąbek są zarośnięte, zrośnięte między sobą jakoteż ze szczytem pęcherza. Zresztą ściany trąbek są wolne od zrostów. Jajnik lewy obniżony wolny, jajnik prawy więcej położony ku tyłowi, jest mocno do otoczenia przyrośnięty. Otrzewna tak ścienna jak i trzewiowa zachowuje się zupełnie prawidłowo. Wobec znacznych zmian w trąbkach, postanowiono je wyciąć i w tym celu oddzielono je od pęcherza, co poszło dosyć łatwo. Po oddzieleniu jednak przekonano się, że w ścianie pęcherza, w miejscu, gdzie trąbki były przyczepione na przestrzeni wielkości dużego bobu, znajduje się naciek drążący w głąb ściany pęcherza aż do błony śluzowej, której całość stwierdzono za pomocą kateteru. Wejrzenie nacieku pozwalało podejrzywać zmianę gruźliczą, dlatego postanowiono zrobić resekcyę zmienionej części pęcherza. Cięciem wrzecionowatem wycięto cały kawałek ściany pęcherza, w którym rozpościerał się naciek wraz z błoną śluzową, a pozostały otwór zaszyto w ten sposób, że najpierw szwem katgutowym ciągłym zespojono tkankę łączną podśluzową, potem takim samym szwem warstwę mięsną, a wreszcie szwem Lemberta otrzewnę. Chcąc sobie ułatwić dalszą część operacyi, oddzielono trzon macicy i za pomocą pętli, przeprowadzonej przez jej przednią ścianę, podtrzymywano go ku przodowi i ku górze. Następnie metodą Rosnera uchwycono pince'em więzadło szerokie poniżej trąbki i jajnika po stronie lewej skośnie, ujmując w nie również trąbkę przy samej macicy i po nad pince'em trąbkę i jajnik odcięto; poczem zrobiono to samo po drugiej stronie, pozostawiając jednak jajnik, którego od otoczenia nie można było oddzielić. W dalszym ciągu podwiązano na kikutach wszystkie widoczne lumina naczyń, a kiedy po spuszczeniu pince'ów nie było krwawienia, obrąbiono brzegi kikutów szwem Lemberta. Po przyszyciu jednym szwem macicy do powłok brzusznych, zespojono ranę brzuszną. Przebieg pooperacyjny całkiem prawidłowy. Przez pierwsze 24

godzin po operacyi kateter à demeure, poczem z powodu znacznego parcia musiano go usunąć i odtąd oddawała chora mocz sama. Mocz przez kilkanaście godzin po operacyi był krwawy. W obu trąbkach znajdowała się treść ropiasta, a ściany trąbek były b. mocno zgrubiałe. Badanie drobnowidowe wykazało zmiany gruźlicze i to tak przez wykazanie komórek olbrzymich wśród nacieku drobnokomórkowego, jak i prątków gruźliczych, które znajdywały się w niewielkiej ilości. Treść trąbek nie była badaną. W przypadku tym zmiany gruźlicze niewątpliwie rozwinęły się najpierw w trąbkach, i następowo dopiero przyszło do wytworzenia się nacieku (którego charakter gruźliczy stwierdzono również badaniem drobnowidowem) wśród ściany pęcherza. Wobec zaś tego, że w organach wewnętrznych gruźlicy nigdzie nie można było wykazać, otrzewna była prawidłową, a prawidłowa wielkość macicy i brak wszelkich upławów pozwalały na wykluczenie zmian gruźliczych w macicy, musimy te zmiany w trąbkach uważać za pierwotne.

Niezwykłą jest również w tym przypadku topografia trąbek, które w przeważnej ilości przypadków przy zmianach w nich występujących opadają ku tyłowi lub gdzieś z boku obok macicy.

Położenie to trąbek i przyrośnięcie ich do ściany pęcherza przemawia również za tem, że zmiany te wystąpiły jeszcze wtenczas, kiedy macica leżała ku przodowi, w przeciwnym bowiem razie trąbki wraz z macicą uległyby były przemieszczeniu ku tyłowi, co wykluczyłoby możność zrośnięcia się ich między sobą i ze ścianą pęcherza.

Tem przyczepieniem się trąbek do pęcherza daje się wytłomaczyć objaw, o którym chora wspominała w wywiadach, tj. bolesność pod koniec oddawania moczu; opadająca bowiem ściana pęcherza pociągając za sobą trąbki dawała uczucie bólu.

Rozpoznanie natury gruźliczej zmian w trąbkach w naszym przypadku możliwem było dopiero po przeprowadzeniu badania mikroskopowego, gdyż trąbki przedstawiały się zupełnie podobnie jak przy zapaleniu ropnem.

Rozszerzenie się nacieku gruźliczego z trąbek na ścianę pęcherza powinno nas skłonić w każdym podobnym przypadku do uwzględnienia miejsca przyczepienia się trąbek aby ewentualnie wytworzony naciek usunąć przez wycięcie lub przynajmniej przez wypalenie przyżegadłem Paquelina, zapobiegając w ten sposób dalszemu szerzeniu się procesu gruźliczego z pozostawionego ogniska.

5) Kol. Jordan miał rzecz:

O porodzie po wentrofiksacyi.

W roku bieżącym mieliśmy sposobność obserwowania dwóch porodów u kobiet u których wykonano *„ventrofixatio uteri“*, a ponieważ u obydwóch ciąża i poród przebiegały nieprawidłowo i w sposób podobny, przeto pozwalam sobie przypadki te w krótkich słowach opowiedzieć.

Pacyentka 1-sza, lat 34 licząca, była operowaną w Wiedniu w pierwszej połowie lutego 1895 r. Rodziła sześć razy, ostatni raz przed 7 laty, potem zaś trzy razy roniła. Ostatnia regularność odbyła się bezpośrednio przed operacyą t. j. w lutym 1895. Przez cały czas obecnej ciąży miewała dolegliwe bóle w brzuchu i w krzyżach. Pierwsze bóle porodowe miały wystąpić dnia 28 grudnia rano, a dnia 29 wieczorem zgłosiła się do kliniki.

Badanie zewnętrzne wykazało na skórze bliznę szeroką, brunatno-ubarwioną, długą na 10 cm. sięgająca od spojenia łonowego ku pępkowi. Macica powiększona odpowiednio do 8 mies. ks. ciąży, w niej płód w położeniu główkowem ukośnem I-szem. Badanie wewnętrzne wykazuje pochwę bardzo długą, część pochwową wysuniętą mocno ku tyłowi i ku górze tak, iż ujście zewnętrzne przylega do promontorium; ujście to i szyjka drożne są dla palca, ujście zaś wewnętrzne leży tak wysoko, że palcem dosięgnąć go nie można. Macica stale dość mocno napięta tak, iż jej zbitość podczas kurczu nie wiele różni się od zbitości w czasie przerw; bóle porodowe występują w przerwach bardzo nieregularnych i są bardzo dolegliwe. Wymiary miednicy prawidłowe. W moczu ślad białka.

Dnia 30/XII rodząca zaczęła gorączkować tak, że ciepłota wieczorem doszła do 39·4, tętno do 120. Badanie wykazało *pleuritis sicca dextra*. Zastosowano bańki suche· Dnia 31/XII utrzymywała się dalej gorączka (38·3, t.124), a nadto po każdorazowem jedzeniu wymiotuje chora, zaś w czynności porodowej nie można stwierdzić mimo silnych bólów porodowych żadnego postępu. Wobec tego postanowiono popołudniu tego dnia poród sztucznie ukończyć. W tym celu po odpowiedniem oczyszczeniu pochwy wprowadzono do jamy macicy przy pomocy szczypczyków balonik Tarniera Nr. 5 i obciążono go stosownym ciężarkiem. O godz. 12 w nocy wyjęto balonik przez pociąganie, poczem badanie wykazało szyjkę w całości drożną na szerokość 2 palców; nad wchodem miednicy przy talerzu biodrowem lewem leżała główka, a po stronie prawej rączka i pępowina. Podczas badania pękł pęcherz płodowy, zanarkotyzowano więc natychmiast chorą, celem wykonania obrotu sposobem Braxton'a-Hicks'a. Kiedy jednak to się nie udało, rozszerzono palcami bez wielkiej trudności szyję i ujścia tak, że można było wprowadzić do macicy całą rękę. Lecz i teraz obrót nie był łatwy, gdyż po odpływie wód macica obkurczyła się bardzo silnie dookoła płodu. Operujący uchwycił wprawdzie i ściagnął do pochwy nóżkę, jednak główka żadną miarą nie dała się usunąć w zwykły sposób z nad wchodu. Wobec tego przystąpiono do podwójnego zabiegu Smelliego i bez wielkiej trudności wykonano obrót. Ekstrakcya po łopatki nie przedstawiała trudności, uwolnienie jednak rączek i wytoczenie główki było bardzo trudne. Wskutek tego donoszony płód płci żeńskiej urodził się nieżywy. Z powodu silnego krwotoku wydobyto natychmiast łożysko. Badanie wnętrza macicy po porodzie wykazywało ścianę przednią znacznie grubszą od tylnej, w miejscu zaś blizny na powłokach brzusznych silnie bardzo przyrośniętą do powłok brzusznych.

Szyja maciczna była naddarta aż do sklepień. Połóg był prawidłowy.

Drugi przypadek dotyczy kobiety, lat 34 liczącej, która rodziła sześć razy prawidłowo; ostatni raz we wrześniu 1893. Dnia 23 marca 1895 wykonałem u niej z powodu *retroflexio uteri fixata* wentrofiksacyą sposobem Czernego. Stan pacyentki po operacyi był całkiem dobry. Dnia 26 marca 1896 zgłosiła się do kliniki jako rodząca, podając, że bóle porodowe miały się rozpocząć przed tygodniem, że przez cały przeciąg ciąży miała doznawać silnych bolów w krzyżach i dołem brzucha, których w poprzednich ciążach nie doznawała, a wymioty które dawniej występywały tylko w pierwszych miesiącach ciąży, w tej ciąży stale się utrzymywały. Ostatnia regularność odbyła się w połowie czerwca 1895.

Badanie w dniu przyjęcia wykazało: na skórze brzucha bliznę polaparotomijną od spojenia łonowego prawie do pępka. Macica powiększona odpowiednio do końca ciąży od czasu do czasu wyraźnie się kurczy, więzadło okrągłe, dające się wyraźnie wybadać, po stronie lewej przechodzi w utkanie macicy znacznie niżej, niż to bywa w normalnych warunkach. Płód dobrze rozwinięty zajmuje położenie ukośne główkowe I sze. Srom zachowuje się prawidłowo, pochwa jest długa, przednie sklepienie zaś mocno wypuklone przez dolną część przedniej ściany macicy, a w wypukleniu tem można wybadać jakąś część drobną płodu. Część pochwowa długości falangi ustawiona jest wysoko w zatoce krzyżowo-biodrowej lewej. Ujście zewnętrzne poprzeczne z wrębami drożne dla palca podobnie jak dolna część szyi. Jak się zachowuje górna część szyi, z powodu wysokiego jej ustawienia wybadać nie można. Przez pierwsze dwa dni tj. 27 i 28 marca pacyentka skarżyła się na ciągłe bóle w brzuchu, dosyć często wymiotowała, a bóle porodowe były nieregularne i bardzo bolesne, dla dotyku zaś małe wyraźne. Przy badaniu dnia 28 marca wieczorem można było stwierdzić że sklepienie przednie jest więcej wypuklone niż było, tylna zaś warga wysunęła się znacznie ku górze, tak, że zaledwie jej rąbek wybadać można. Dnia 29 i 30 marca bóle porodowe były częste i silniejsze, gdy jednak w dniu 30 w po-

łudnie nie stwierdzono żadnego dalszego postępu postanowiono poród ukończyć.

W tym celu chorą zanarkotyzowano i stwierdzono, że szyja mocno wysunięta ku górze jest drożną dla 2 palców. Ponad ujściem wewnętrznem, leżącem prawie w wysokości trzeciego kręgu lędźwiowego po stronie lewej można było wybadać główkę, jakoteż, że tylna ściana szyi przechodzi prawie w linii prostej w tylną ścianę macicy, podczas gdy na ścianie przedniej powyżej ujścia wewnętrznego wyraźnie zaznaczonego można wykazać zagłębienie wpuklające się ku przedniemu sklepieniu. Na tępo palcami rozszerzono szyję i ujścia i wykonano obrót płodu na nóżki, a następnie jego esktrakcję. Podczas obrotu można się było przekonać, że przednia ściana macicy na dosyć dużej przestrzeni zrośnięta jest z powłokami brzusznymi.

Połóg przebiegał prawidłowo, tylko macica zwijała się wolniej.

W obu tych przypadkach tak ciąża jak i poród przebiegały więc nieprawidłowo. Obie chore przez cały przeciąg ciąży miały silne bóle w brzuchu i w krzyżach, co należy przypisać zrostom jakie wytworzyły się pomiędzy macicą a ścianą brzuszną; druga chora miewała jeszcze podczas całej ciąży wymioty.

Porody w obu przypadkach były bardzo ciężkie; w obu razach pomimo długiego trwania bólów porodowych nie można było stwierdzić żadnego postępu w porodzie, wskutek czego zachodziła potrzeba sztucznego ukończenia porodu, gdyż i ogólny stan chorych i zachowanie się macicy nie pozwalały na dalsze wyczekiwanie.

W przypadkach tych przez wykonanie wentrofiksacyi górna część przedniej ściany macicy silnie i szeroko przyrosła do powłok brzusznych. Zrosty wytworzyły się tak silne, że nie uległy ani przedarciu ani nawet rozluźnieniu, skutkiem czego przednia ściana macicy rozrastać się należycie nie mogła. Widoczne to było zwłaszcza w przypadku drugim, gdzie z chwilą rozpoczęcia się porodu dno macicy znajdowało się nie wyżej jak na szerokości dwóch palców ponad

pępkiem, za czem przemawiało zachowanie się więzadła okrągłego po stronie lewej, natomiast tylna ściana macicy uległa znacznemu rozciągnięciu, i przeciągniętą została ku przodowi, czemu należy przypisać znaczne wysunięcie się szyi ku górze i ku tyłowi, oraz wysuwanie się wargi tylnej podczas porodu. Przy takiem nieprawidłowem zachowaniu się trzonu i szyi macicy, bóle porodowe nawet dosyć silne nie mogły wywołać postępu w porodzie, gdyż kierunek, z jakim one działały, przypadał na dolną część przedniej ściany macicy, która też ulegała coraz większemu wpukleniu ku przodowi, przewód szyi natomiast wcale się nie skracał.

Na podstawie tych dwóch przypadków mogę oświadczyć, że wentrofiksacya nie jest operacyą obojętną i nie należy jej wykonywać u osób młodych, które mogą zajść jeszcze w ciążę; zdaje mi się, że operacya ta polegająca na bezpośredniem przyszywaniu macicy do powłok brzusznych musi być znacznie ograniczoną.

W tych razach, w których zachodzi potrzeba wykonania laparotomii i utrzymania macicy ku przodowi, oświadczyłbym się za operacyą Matlakowskiego, polegającą na skróceniu więzadeł okrągłych, gdyż wyniki po tej metodzie, jak to miałem sposobność się przekonać, są dobre, a w razie ciąży macica winna się całkiem swobodnie rozrastać.

W dyskusyi zabierał głos:

Kol. Świtalski: Na jeden jeszcze szczegół muszę zwrócić uwagę, który zauważyłem przy obserwacyi tych dwóch porodów, tj. że stosunki w macicy podczas porodu tak się zmieniają, że z zachowania się jej trudno określić jest czas, w którym interwencya podczas porodu staje się konieczną. Przednia ściana macicy przyrośnięta do powłok zachowuje się przez cały czas porodu jednakowo, i nie można wyśledzić na niej rozciągania się dolnego odcinka. Prawdopodobnie dolny odcinek macicy głównie rozciąganiu ulega tu w tylnej ścianie, czego rozumie się badaniem stwierdzić nie można.

W obu przypadkach opisanych przez prof. Jordana poród był ciężki i w obu trzeba było sztucznie go ukończyć. Było to następstwem tego, że zrosty jakie wytworzyły się pomiędzy macicą a powłokami brzusznemi po wentrofiksacyi, w ciąży nie uległy rozluźnieniu, w następstwie czego i jednostajne

rozrastanie się macicy zostało upośledzone. Że przednia ściana macicy w pierwszym z tych przypadków była silnie przyrośniętą, mogłem to stwierdzić podczas obrotu, gdzie na pewnej przestrzeni ściana macicy z powłokami była zlaną w jedną całość.

Z tego wypływa nauka, aby przy robieniu wentrofiksacyi starać się o to, aby zrosty wytworzyły się na jak najmniejszej przestrzeni, i zdaje mi się, że pod tym względem moja metoda może oddać dobre usługi, przy której mały tylko rąbek tylnej ściany macicy przyrasta do powłok brzusznych.

6) Kol. Jordan miał rzecz:

„O niezwykłych przypadkach owaryotomii“.

Chcę Panom przedstawić dwa przypadki niezwykłe torbieli jajnikowych operowanych w ostatnich tygodniach w klinice. O operacyach takich zazwyczaj się obecnie nie opowiada, tak są powszechne i technika ich tak jest wykończona. Te, o których mówić zamierzam, zasługują na wyjątkowe uwzględnienie z powodu niezwykłej topografii, nadzwyczajnej wielkości tumorów, powikłań i wielkich trudności technicznych.

Pierwszy przypadek dotyczy chorej M. K., 33 lat liczącej, która zgłosiła się do kliniki dnia 23. marca b. r., podając, że od ostatniego porodu t. j. od lat trzech zauważyła ciągłe powiększanie się brzucha. Chora dwa razy rodziła, porody i połogi prawidłowe; regularność po ostatnim porodzie wystąpiła dopiero w 1½ roku, powtarza się co 2 tygodnie bez dolegliwości, ostatni raz przed kilku dniami.

Badanie wykazało brzuch silnie powiększony przez guz, o ścianach gładkich, sięgający na 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, bardzo wyraźnie chełboczący. Guz ten daje się bardzo mało poruszać. —

Wymiary brzucha: od spoj. łonow. do pępka 29 cm.
od spoj. łonow. do szczytu guza 42 cm.
obwód przez największą objętość 99 cm.

Przy badaniu wewnętrznem znaleziono część pochwową ku przodowi przesuniętą, dalszy ciąg macicy w przedniem sklepieniu. Czy trzon macicy powiększony, trudno było ocenić. Tylne sklepienie wypukłone przez opór chełboczący,

bolesny. Sklepienia boczne wolne. Przy unoszeniu guza od zewnątrz, macica nieco się podnosi.

Per rectum: przednia ściana kiszki wypuklona przez opór wybadalny w tylnem sklepieniu.

Rozpoznałem torbiel jajnikowy i z powodu tego wykonałem laparotomię. Narkoza chloroformowa, ułożenie chorej według Trendelenburga. Cięcie skórne długości 17 cm. (od połowy odstępu między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym, aż do spojenia łonowego). Po przecięciu powłok napotkałem bezpośrednio ścianę guza, który na całej długości cięcia zrośnięty był z ścianą brzuszną tak, że do jamy otrzewnowej dostać się nie było można. Dlatego przedłużyłem cięcie skórne ku górze, aż do wyrostka mieczykowatego i dopiero w samej górze po nad guzem dostałem się do jamy otrzewnowej. Teraz dopiero przekonano się, że guz na całej powierzchni połączony jest silnymi ścięgnistymi zrostami z całą przednią ścianą brzucha, tudzież od góry z jelitami, a od tyłu i od dołu z otrzewną ścienną. Otrzewna ścienna była tak zgrubiała, że odróżnić jej od ściany samego torbiela miejscami nie było można. Zrosty począłem oddzielać od góry, częścią na tępo, częścią przecinając je nożyczkami, trzymając się przytem ściśle ściany torbiela. Mimo to jednak, z powodu zgrubienia otrzewny ściennej, i tak ścisłych zrostów, nie dało się utrzymać granicy między nią, a ścianą torbiela od przodu tak, że na niedużej przestrzeni oddzielono guz wraz ze zrośniętą z nim otrzewną i obnażono warstwę mięsną ściany brzusznej. Wreszcie po mozolnem oddzieleniu torbiela od przodu i z boków przystąpiłem do uwolnienia go od dołu, ale nie było to rzeczą łatwą, gdyż i tutaj rozległe zrosty uniemożliwiły wszelkie zoryentowanie się w topografii. Wobec tego przy dalszem oddzielaniu guza od otoczenia postępowałem prawie na ślepo, trzymając się dolnej powierzchni torbiela. Krwawienie było nieznaczne z powodu słabego unaczynienia ścięgnistych zrostów. Po usunięciu guza pokazało się, że wnętrze miednicy małej, macica i jej okolica pokryte są grubymi zrostami tak, że o wyszukaniu

trąbek lub drugiego jajnika mowy nie było. W celu zapobieżenia możliwemu krwawieniu z tak wielkiej powierzchni rannej założyłem w dolnej części rany worek Mikulicza, a powyżej spoiłem brzegi powłok kilkoma szwami jedwabnymi i szwem katgutowym.

Przebieg pooperacyjny bardzo dobry, ciepłota dwa razy podniosła się do 37·9°, zresztą prawidłowa. Szóstego dnia podciągnięto nieco worek Mikulicza, a 10-go dnia usunięto go zupełnie. Reszta rany skórnej zagoiła się przez rychłozrost. Przetoka pozostała po worku Mikulicza zaciągała się szybko tak, że pacyentka po 6 tygodniach opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

Drugi przypadek odmienny od poprzedniego, ale również zajmujący, dotyczy chorej S. S. 65 lat liczącej. Pacyentka nie rodziła, od 15 lat nie miesiączkuje, a od 3 lat zauważyła powiększanie się brzucha, które zwolna postępuje.

Przy badaniu znalazłem brzuch w całości silnie powiększony przez guz o ścianach gładkich, napiętych, sięgający w oba podżebrza. Wypuk nad guzem stłumiony, chełbotanie bardzo wyraźne. Ruchomość guza w bardzo nieznacznych granicach.

Wymiary brzucha: od spoj. łonow. do pępka 29 cm.
od spoj. łonow. do szczytu guza 49 cm.
obwód przez największą objętość 110 cm.

Przy badaniu wewnętrznem część pochwowa drobna, na lewo od osi miednicy. Trzon macicy przebiega na lewo i horyzontalnie; zdaje się być mniejszym. Sklepienia spłaszczone przez dolny odcinek guza od zewnątrz wybadalnego. Z powodu małej bardzo ruchomości guza związku jego z macicą wykazać nie było można. Sonda wchodzi do macicy na 6 cm. *Per rectum*: przednia ściana kiszki wypuklona przez dolny odcinek guza.

Dnia 31 marca 1896 przystąpiłem do wykonania laparotomii, a uwzględniając podeszły wiek chorej i zmiany miażdżycowe tętnic, operowałem w półnarkozie eterowej

przy pomocy znieczulenia skóry w kierunku cięcia metodą Schleicha.

Cięcie skórne w linii białej od wyrostka mieczykowatego po spojenie łonowe. Po otwarciu jamy brzusznej znalazłem guz o ścianach gładkich, pokryty na całej powierzchni otrzewną prawidłową. Guz z otoczeniem zrostami nie połączony dał się przed powłoki wytoczyć. Od dołu popod guz podejść nie mogłem, gdyż tenże rozwijał się między blaszkami więzadła szerokiego po stronie lewej, wypchnął otrzewnę zatoki Douglasa ku górze, rozwijając się dalej wszedł między blaszki kreski zagięcia esowatego i rozpiął ten odcinek kiszki grubej na tylnej swej ścianie. Macica znajdowała się przed guzem znacznie powiększona i wydłużona, a w okolicy ujścia wewnętrznego miąższ macicy tak był zcieńczony i wiotki, że wprost utworzył się w tem miejscu przedział między grubym i długim trzonem, a szyjką na 6 ct. długą. Tem się tłómaczy, że przy badaniu przedoperacyjnem sonda wchodziła tylko na 6 cm. głęboko, gdyż w okolicy ujścia wewnętrznego zatrzymywała się z powodu zwiotczenia miąższu macicy i zagięcia kanału. Po stronie prawej znalazłem trąbkę i jajnik niezmienione, po lewej ów guz wychodzący z jajnika lewego stał w ścisłym związku z lewym rogiem i dnem macicy. Miałem przed sobą torbiel jajnikowy ogromny, który rozwinął się między blaszkami lewego więzadła szerokiego, a rosnąc dalej wszedł pod otrzewnę zatoki Douglasa, między blaszki kreski zagięcia esowatego i zrósł się z miąższem macicy na dużej przestrzeni. Przystąpiłem do wyłuszczenia guza z pomiędzy blaszek więzadła. W tym celu na przedniej powierzchni guza naciąłem poprzecznie blaszkę otrzewnej i na tępo odpreparowałem ją z przodu, z góry, z tyłu i po bokach guza. W miejscu gdzie torbiel przytykał do lewego rogu i dna macicy, nie można było granicy między nim, a miąższem macicy odnaleść, tak ściśle torbiel wrastał w miąższ macicy. W tem miejscu odciąłem go nożyczkami zabierając przytem nieco miąższu macicy. Ranę w macicy ztąd powstałą pomniejszyłem dwoma rzędami szwu katgutowego, a następnie pokryłem prze-

dnią blaszką więzu szerokiego. Obnażoną z otrzewnej tylną ścianę macicy pokryłem blaszką kreski S-romanum, a ponieważ z głębi jamy pozostałej po wyjęciu guza sączyła się krew, a naczyń wybitnie krwawiących znaleść nie było można, założyłem do niej worek z gazy z dwoma setonami, połączywszy przedtem brzegi odpreparowanej z guza otrzewnej z brzegami otrzewnej ściennej w dolnym odcinku rany powłok. Resztę rany powłok zeszyłem jak zwykle warstwowo.

Przebieg pooperacyjny dobry, ciepłota raz tylko w trzecim dniu po operacyi podniosła się do 39°, lecz wkrótce po oddaniu wiatrów opadła do normy i odtąd była prawidłowa. Siódmego dnia po operacyi podciągnięto worek ku górze, a jedenastego usunięto go zupełnie. Rana skórna zgoiła się przez rychłozrost. Przetoka po worku zaciągała się szybko tak, że pacyentka w sześć tygodni opuściła klinikę z przetoką prawie zupełnie zagojoną.

Badanie mikroskopowe usuniętych guzów wykazało w obu przypadkach: *Kystoma glandulare multiloculare.* —

W dyskusyi zabierał głos:

Kol. Świtalski. Do dwóch przypadków guzów jajnikowych, opisanych przez prof. Jordana, dodaję jeszcze trzeci ciekawy ze względu na liczne komplikacye.

Przypadek ten odnosi się do chorej, lat 41 liczącej, która z powodu guza jajnikowego została przyjęta do kliniki. Stan ogólny chorej był wcale dobry a, prócz miernych bolów w dołku podsercowym, nie miała żadnych innych dolegliwości.

Podczas laparotomii d. 1/IV b. r. stwierdzono *kystoma* obu jajników, po stronie prawej wielkości głowy ludzkiej, po stronie lewej małego jaja kurzego.

Oba guzy miały powierzchnię całkiem gładką i były całkiem wolne. Otrzewna tak ścienna jak trzewiowa była pokryta bardzo licznymi drobnymi guzkami, podobnie jak przy *peritonitis tuberculosa.*

Obok tego zauważono zapalenie górnej części wyrostka robaczkowego, którego ściany były zgrubiałe, naciekłe, a otrzewna na nim pokryta wypociną włóknikową.

Operacya polegała na wycięciu obu guzów jajnikowych i na resekcyi wyrostka robaczkowego.

Dnia trzeciego po operacyi chora dostała gwałtownej biegunki i wśród objawów zapadu zmarła.

Sekcya wykazała: *Infiltratio tuberculosa apicis pulmonis utriusque. Carcinoma exulcerans ventriculi, metastases in peritoneo et glandulis lymph. retroperit.*

W przypadku tym było kilka zmian patologicznych, niezależnych od siebie; rak żołądka, który był bardzo daleko posunięty, przebiegał wśród bardzo nieznacznych objawów tak, że podczas kilkudniowej ścisłej obserwacyi nie mieliśmy nawet podejrzenia w kierunku tego cierpienia.

Badanie drobnowidowe guzów wykazało *kystoma multiloculare simplex.*

LXXV. Posiedzenie z dnia 5. maja 1896.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Cercha prosi o uchwalenie kredytu na przepisywanie do druku protokołów z posiedzeń.

Uchwalono kredyt do wysokości 20 złr.

3) Kol. Mars wygłosił rzecz p. t.:

Przyczynek do etyologii chorobliwego świądu sromu u niewiast.

Chorobliwy świąd sromu niewieściego należy niewątpliwie do bardzo przykrych cierpień. Kto widział staruszkę ze łzami w oczach proszącą, by ją od tego cierpienia uwolnić, kto dostrzegał w tych samych oczach wyraz wdzięczności, jeżeli mu się udało ulgę przynieść, ten pojmuje, jak to cierpienie jest przykre i dolegliwe i w jakim stanie rozdrażnienia nerwowego muszą żyć osoby niem dotknięte, ulegające mu nieraz miesiące i lata. Na pozór niewinnej natury i życiu nie zagrażając, cierpienie to przecież z powodu swej uporczywości staje się dla chorej nieznośnem i wywiera w następstwie szkodliwy wpływ na ustrój nerwowy, a wreszcie i na cały organizm chorej. Osoba pełna życia, ruchliwości i swobody umysłu, czynna i towarzyska, pod wpływem

tej dolegliwości staje się drażliwą, niecierpliwą, przygnębioną, traci swobodę, usuwa się od towarzystwa i przemyśliwa tylko, jakby w cierpieniu ulgi doznać mogła. Dziwić się też nie można, że chore takie po dłuższem trwaniu choroby okazują skłonność do samobójstwa, jak to niektórzy autorowie podają (Schramm).

Co do istoty tego cierpienia różne między autorami istnieją zapatrywania: gdy jedni uważają je jako polegające na zmianach czynnościowych nerwów obwodowych sromu, inni domyślają się istotnych zmian w zakończeniach nerwowych, i gdy jedni sądzą, że mają do czynienia z nerwicą, drudzy szukają przyczyny w ośrodkach nerwowych.

Z odmiennem zdaniem wystąpił przed dwoma laty Sänger (*Centralblatt für Gynaekologie* 1894. Nr. 7.), a mianowicie: uważa on to cierpienie jako sprawę zapalną fałdów skórnych przedsionka i łechtaczki, obok której istnieją zmiany patologiczne zakończeń nerwów czuciowych. Zapatrywanie to opiera na wynikach badań podjętych na wyciętych kawałkach z przedsionka osób na świąd sromu cierpiących, a których dokonał Webster. W wycinkach tych znalazł Webster jużto przyostre zapalenie w tkance łącznej brodawek, jużteż włókniste zwyrodnienie nerwów i ich zakończeń. Zmiany w nerwach uważa Sänger za właściwe świądowi sromu, cechujące i istotne, i na tej podstawie odróżnia świąd chorobliwy sromu od cierpienia znanego pod nazwą *kraurosis vulvae*, w którem zakończenia nerwów nigdy nie bywają chorobowo zmienione.

Co do sposobu powstawania świądu sromu sądzi S., że wywołują go miejscowe zmiany chorobowe przedsionka pod wpływem pewnych, jużto od zewnątrz jużto od wewnątrz działających szkodliwości, które na zakończenia nerwowe wpływają i wywołują następowe w nich zmiany. Dlatego też radzi zmienić nazwę tej choroby i zamiast *pruritus vulvae* używać: *vulvitis pruriginosa.*

Przeciw zapatrywaniom Sängera wystąpił J. B. Schultze (*Centralblatt für Gynaekologie* 1896. Nr. 12) który dowodzi, że świąd sromu może istnieć bez zmian zapalnych przedsionka,

popierając swoje wywody opisem przypadków. W jednym z nich przyczyną choroby był zrost warg sromowych większych, po usunięciu którego świąd ustał na zawsze. W innych przypadkach dopatrywał przyczynę chorobliwego świądu w ropnym nieżycie błony śluzowej macicy, po usunięciu którego świąd ustał. W przypadkach tych nie było żadnych zmian w przedsionku.

W przytoczonych poglądach Sängera istnieje, zdaje mi się pewna, sprzeczność, bo jeżeli twierdzi, że zmiany w zakończeniach nerwów mogą powstawać następowo, a pierwotnie może ich niebyć, to oczywiście nie mogą być istotną cechą pierwotnego cierpienia. Nadto nasuwa się mimowoli wątpliwość, czy zmiany zapalne, które Sänger uważa jako swoiste w tem cierpieniu, nie są w całości zaburzeniami następowemi wskutek odruchowego drażnienia i drapania, jakiem chore dokuczliwy świąd przygłuszyć usiłują. Słusznie, zdaje nam się, twierdzi Schultze, że w tych przypadkach istnieje często *circulus vitiosus.*

Z mojej praktyki widziałem w jednym przypadku bardzo znaczne zmiany na sromie i przedsionku. Osoba, którą mam na myśli, przez lat 12 cierpiała na uporczywy świąd sromu, próbowała różnych środków, ale bezskutecznie, a świąd dokuczliwy poskramiała tarciem i drapaniem. Srom tej osoby przedstawiał stożkowatą wyniosłość, wielkości połowy dużej pomarańczy, pokryty był krótkiemi ledwo nad powierzchnią skóry sterczącemi włosami. Skóra warg sromowych większych była gruba, naciekła, znacznemi łuskami stwardniałego przyskórka pokryta. Wargi mniejsze i łechtaczka mocno obrzmiałe, błona śluzowa przedsionka naciekła, mętną śluzową wydzieliną pokryta. Osoba ta cierpiała za kilkoma nawrotami na nieżyt pęcherza moczowego. Badając, stwierdziłem przewlekły nieżyt pęcherza, a w moczu, który odprowadziłem świeżo wyjałowionym cewnikiem do wyjałowionego naczynia, znalazłem mnóstwo różnych drobnoustrojów.

Prócz leczenia nieżytu pęcherza poleciłem zmywanie przedsionka i sromu po każdem oddaniu moczu zrazu roz-

czynem sublimatu 1:1000, a gdy świąd ustąpił, rozczynem 3:100 kwasu borowego. Pod wpływem tego leczenia świąd ustąpił, a po kilku tygodniach srom i przedsionek wyglądał prawie zupełnie prawidłowo. Chora z wyniku zadowolona zaprzestała zmywań, świąd powrócił, poczęła ponownie zmywać się rozczynem kwasu borowego, a gdy to nie pomagało, udała się znowu do mnie po radę. Mimo, że świąd powrócił, części sromowe wyglądały zupełnie prawidłowo; nie okazywały zmian pierwotnie spostrzeganych. W przypadku tym nieżyt pęcherza był niewątpliwie przyczyną świądu, a znaczne zmiany na sromie były wynikiem tarcia i drapania.

Czy zapatrywania Sängera są słuszne, nie chcę przesądzać, muszę je nawet za bardzo poważne uważać, skoro są oparte na przedmiotowem badaniu mikroskopowem. Mimo to jednak twierdzić muszę, że sprawa zapatrywania się na istotę omawianego cierpienia nie jest jeszcze zupełnie załatwioną i koniecznie wymaga dalszych badań, tak że dziś zapewne twierdzić można, że rozmaite przyczyny wywoływać mogą chorobliwy świąd sromu i że tylko leczenie przyczynowe może mieć istotną wartość i trwały skutek sprowadzić.

Sänger zestawia w dwa szeregi cierpienia przyczynowe, mogące wywoływać świąd sromu. Do pierwszego zalicza świąd sromu może istnieć bez zmian zapalnych przedsionka, popierając swoje wywody opisem przypadków. W jednym z nich przyczyną choroby był zrost warg sromowych większych, po usunięciu którego świąd ustał na zawsze. W innym zboczenia wewnętrzne, a mianowicie:

1) Choroby w których występuje nieprawidłowy skład krwi (żółtaczka, choroby nerek, cukrówka).

2) Choroby w których napotykamy przekrwienie narządu płciowego;

3) Choroby skórne, polegające na zmianie krwi. *Erythema*, *Urticaria*, *Herpes*, i t. d.

W drugim szeregu przytacza przyczyny od zewnątrz działające:

1) wydzielniczo-chemiczne:

a) nadmierne wydzielanie gruczołów potnych i łojowych;
b) zwilżanie częste sromu nieprawidłowym moczem;
c) nieprawidłowe wydzieliny przedsionka pochwy, i macicy;
d) nieprawidłowe wydzieliny z odbytnicy;

2) wpływy pasorzytnicze:
a) ze świata zwierzęcego;
b) ze świata roślinnego;

3) przyczyny mechaniczne:
a) pierwotne;
b) następowe;

4) wpływy termiczne.

Długi ten szereg zaburzeń przyczynowych i wpływów szkodliwych, które świąd sromu wywołać mogą, jest niewątpliwie cenną wskazówką w obec leczenia tego cierpienia. Zastanawiając się nad tym szeregiem przyczyn, czuje się jednak pewien brak jakiegoś łącznika między wpływami szkodliwymi, a omawianem cierpieniem. Musimy się jeszcze domyślać pewnych warunków, w których te przyczyny szkodliwy wpływ wywrzeć mogą, zaczem przemawia okoliczność, że przyczyny wymienione możemy napotkać w bardzo wielu przypadkach, a na szczęście świąd sromu jest cierpieniem niezbyt częstem, a przynajmniej o wiele rzadszem, aniżeliby po tym szeregu zboczeń przyczynowych domyślać się było można.

Z drugiej zaś strony, aczkolwiek przyczyny te zdają się być wyczerpująco zestawione, to jednak dotychczasowe doświadczenie poucza, że są przypadki, w których nieumiemy tej przyczyny oznaczyć, a przez to samo i odpowiedniego leczenia zarządzić.

Szereg środków zalecanych przeciw chorobliwemu świądowi sromu jest bardzo długi, a i w bieżącem piśmiennictwie, w zapiskach terapeutycznych każdego niemal czasopisma, spotykamy się z nowymi lekami lub sposobami, które tu i owdzie pomoc przyniosły. Jak zawsze w podobnych

razach, ten długi szereg polecanych środków sam przez się już świadczy, że wszystkie niewiele są warte, że największa liczba z nich tylko chwilową ulgę przynosi i to tylko w niektórych przypadkach, a w wielu okazują się bezskutecznymi.

Naturalnie, wykazanie i usunięcie cierpienia przyczynowego zawsze bywało najlepszym uwieńczone skutkiem; — gdy to jednakowoż jak na dziś nie zawsze możebne, zatem gdy środki polecane nie pomagały, poczęto się uciekać do sposobów radykalnych, t. j. do usunięcia drogą operacyjną części schorzałych. Zrazu wycinano tylko ograniczone części sromu i przedsionka, jak Carrard, Simpson, Webster, Schroeder, Reinstädter, Löhlein, Küstner, Olshausen, Martin, Fehling, Heitzmann, Fritsch i Bartels; w ostatnich zaś czasach zaczęto wycinać cały przedsionek (Martin, Orthmann), a przed dwoma laty Sänger podał metodę operacyjną w celu usunięcia całego przedsionka i warg większych w przypadkach uporczywego chorobliwego świądu sromu niewieściego. Ranę znacznych rozmiarów, jaka podczas operacyi powstaje, pokrywa przez zbliżenie i zeszycie jej brzegów w dolnym i górnym kącie, w części zaś środkowej przez przyszycie brzegów rany skórnej do brzegów wnijścia pochwowego. W przypadkach tym sposobem operowanych świąd ustąpił, chore miały się dobrze.

Że w przypadkach zdesperowanych, gdzie cierpienie przyczynowe wykazać się nie daje, a środki żadne nie pomagają, zwrócenie się do takiego zabiegu operacyjnego jest konieczne, że chore pragnąc ulgi, chętnie się temu zabiegowi poddawać mogą, i że z wyniku mogą być zadowolone, w to wierzymy; sądzimy jednak, że pozbawienie kobiety przedsionka pochwowego i warg sromowych, może być obojętne tylko osobie stojącej poza sferą życia płciowego, zatem w późniejszym wieku, a i u tych osób zachodzi pytanie: czy takie sztuczne zniekształcenie nie będzie za sobą pociągać innych nieprzyjemnych następstw, bodajby tylko z tego powodu, że wejście pochwowe stać musi otworem?

Zastanawiając się nad tym sposobem postępowania, musimy wprawdzie przyznać, że zabieg ten na dziś jest po-

trzebny, że jest istotnem wzbogaceniem operacyjnej ginekologii i, że zawsze będą się przydarzać przypadki, w których będzie wskazany, a przecież mimowoli nasuwa się życzenie, ażeby wykonywany był tylko z konieczności, gdy już inaczej radzić sobie w danym przypadku nie umiemy. Wskazanie do tego zabiegu nie jest jeszcze dość usprawiedliwione, musimy dążyć do ściślejszego określenia i postawić pytanie: w których przypadkach wykonywać go należy?

Z tego, cośmy dotąd przytoczyli wynika, że wiadomości nasze co do omawianego cierpienia nie są dostateczne, że niezbędnem jest badanie jużto istoty choroby, już też przyczyn, które ją wywołują, jak niemniej warunków, w których się to cierpienie rozwija.

Między przypadkami świądu sromu, które w ostatnich czasach leczyć miałem sposobność, w dwóch z nich nie mogłem odnaleść przyczyny.

1) N. N. osoba około 60 lat licząca, wdowa od lat wielu, od lat kilkunastu niemiesiączkująca, przybyła do mnie żaląc się, że blisko od dwóch lat dokucza jej uczucie pieczenia i świąd sromu, który z czasem stał się coraz dokuczliwszym, a obecnie nieznośnym. Podjęte badanie całego organizmu w celu wyszukania ogólnej przyczyny, dało wynik ujemny. Mocz prawidłowy. Na wargach sromowych i na napletku łechtaczki drobne przeczosy od drapania pochodzące. W narządzie płciowym stwierdzić się dało tylko bardzo wybitny obraz uwiądu starczego. Przedsionek blady nic osobliwego nie przedstawia, pochwa gładka, pozbawiona fałdów w sklepieniach lejkowato się zwężająca, część pochwowa drobna, macica mała.

Chora domagała się koniecznie usunięcia cierpienia i żądała przynajmniej na razie ulgi; zaleciłem zmywanie sromu rozczynem sublimatu 1:1000, poczem najczęściej doraźną ulgę spostrzegałem, lecz nie wyleczenie. Toż samo wszelkie wstrzykiwania do pochwy były bezskuteczne. Polecałem silny rozczyn kwasu karbolowege 10%, mentol i t. d. wszystko jednak daremnie i bez widocznego skutku. Począłem się przeto namyślać nad usunięciem warg sromowych

i przedsionka, na co chora się zgodziła. Nim jednak przystąpiłem do tego zabiegu, przyglądając się przedsionkowi spostrzegłem, że włosy, pokrywające wargi sromowe większe, sterczały na wewnątrz i końcami spoczywały na błonie śluzowej przedsionka, w fałdach koło warg mniejszych i koło łechtaczki. Niezwykłe to umieszczenie się włosów naprowadziło mnie na myśl, że u tej osoby przedsionek skutkiem uwiądu starczego się skurczył i wywołał następowo wwinięcie się warg sromowych większych, a tym sposobem włosy dawniej na wargach na zewnątrz rosnące, skierowane zostały ku przedsionkowi, i może ta okoliczność jest przyczyną świądu. W celu przekonania się, wystrzygłem starannie nożyczkami wszystkie włosy ku przedsionkowi sterczące. Wynik był świetny, bo od tej chwili świąd ustał i przez dni kilkanaście miała chora tylko uczucie pieczenia. Po dwu tygodniach oświadczyła mi, że czuła znowu świąd. Oglądałem srom i przekonałem się, że tu i owdzie sterczały jeszcze ku wewnątrz włosy, które też zaraz usunąłem. Świąd w najbliższych dniach nie ponawiał się. Chora zadowolniona na razie tem polepszeniem, musiała wracać do domu z tem postanowieniem, że gdyby świąd powrócił, przybędzie znowu do Krakowa w celu poddania się zabiegowi operacyjnemu. Od tego czasu minęło obecnie rok. Zapytywałem się o chorą, odpowiedziano mi, że się obecnie na świąd nie skarży, gdyż sobie radzi. Prawdopodobnie usuwa sobie odrastające włosy.

2) Staruszka koło 70 lat licząca, oddawna owdowiała, okazująca w całym organizmie uwiąd starczy. Organa wewnętrzne zdrowe, mocz prawidłowy, wydzieliny pochwowej nieprawidłowej żadnej. Wyraźny uwiąd starczy pochwy i macicy. Środki zewnętrzne nie prowadzą do celu. Ponieważ przypadek ten widziałem niebawem po pierwszym, zwróciłem uwagę na uwłosienie sromu. Obraz przedstawił się odmienny, a mianowicie wargi sromowe większe przedstawiały dwie mocno sterczące wyniosłości i nie obejmowały ku górze łechtaczki, ale w jej wysokości gubiły się we wzgórku sromnym. Bogaty zarost wzgórka sromowego

w postaci pędzla na 4—5 centymetrów długiego, spływał po łechtaczce i okolicy cewki moczowej ku wnijściu pochwowemu. Włosy wilgocią zlepione. Wytłómaczyłem chorej, że to może te włosy do szpary sromowej skierowane świąd powodują i usunąłem je starannem wycięciem, poczem poleciłem się przedstawić, aby się o wyniku przekonać.

W jakiś czas doniosła mi chora, że świąd ustał i gdyby się powrócił nie omieszka się zgłosić.

3) Od roku nie widziałem żadnego przypadku świądu sromu, aż dopiero przed trzema dniami przybyła osoba młoda, 35 lat licząca, sługa, skarżąc się na uporczywy świąd sromu od roku trwający, szczególniej w okolicy łechtaczki. Z powodu świądu spędza noce bezsennie.

Organa wewnętrzne nie okazują nic nieprawidłowego. Przedsionek blady, pochwa i macica w stanie prawidłowym. Wargi mniejsze i łechtaczka obrzękłe, na wargach sromnych tu i owdzie drobne przeczosy przyskórka.

Wargi sromne większe niezwykle od siebie odstają; w górnej połowie w wysokości łechtaczki okazują krótkie uwłosienie ku łechtaczce skierowane tak, że po zbliżeniu ud i warg do siebie, krótkie te włosy końcami na częściach obrzękłych spoczywają.

Dla przekonania się, czy ten kierunek niewłaściwy włosów jest przyczyną świądu, poleciłem jej staranie ogolić całe wargi. Świąd ustał.

Jeżeli w przypadku tym, który obecnie obserwuję, przekonam się dostatecznie, że nieprawidłowy kierunek uwłosienia jest przyczyną świądu, wykonam zabieg operacyjny, który mam na myśli, to jest wytnę po zewnętrznej stronie warg podłużne paski skóry, aby po zespojeniu brzegów ran wargi na wewnątrz się wwijające, znów na zewnątrz odwinąć.

Spostrzeżenie to, zrobione w tych trzech przypadkach, zdaje mi się, usprawiedliwia dalsze badanie w tym kierunku.

Żałuję bardzo, że dwóch pierwszych przypadków nie miałem sposobności widzieć później, lecz ta okoliczność, że

po usunięciu włosów sterczących ku wewnątrz warg, doraźnie świąd ustępował, pozwala się domyślać, że jeżeli nie włosy same przez się drażnienie to wywołują, to przecież mogą się na nich tworzyć czy to złogi wydzielnicze, czy też gnieździć się drobnoustroje, które świąd w takich przypadkach wywołać są w stanie.

4) Kol. Jordan przedstawił:

chorą z „graviditas abdominalis“ i opowiedział historyę jej choroby.

Pragnę przedstawić Panom chorą, której stan z wielu względów budzić musi wielkie zainteresowanie, a w każdym razie należy do rzadkości.

Wprzód jednak chciałbym podać Panom kilka dat anamnestycznych i zwrócić uwagę na to, że wywiady w tym przypadku są bardzo dokładne i ważne. Chora jest osobą bardzo inteligentną i doskonale obserwowała i spamiętała przebieg swojego cierpienia.

Chora podaje co następuje:

Rodziła 12 razy prawidłowo; ostatni poród przed 2-ma laty i 4 miesiącami. Przebieg połogów prawidłowy, karmiła wszystkie dzieci; ostatnie przez 13 miesięcy.

Miesiączka wystąpiła w grudniu 1894 i pomimo karmienia powtarzała się regularnie do Czerwca 1895 r; (po raz ostatni w połowie czerwca r. 1895). Pierwsze ruchy płodu miała odczuwać 27. listopada 1895. Do końca tegoż miesiąca czuła się zupełnie zdrową; pod koniec listopada 1895 zaznała nagle, bez jakiejkolwiek znanej przyczyny, silnych bólów w brzuchu, utrzymujących się przez godzinę, poczem czuła się zdrową aż do 3 grudnia, w którym to dniu wystąpiły bardzo silne bóle w dolnej części brzucha, które trwały blisko godzinę i miały ustać pod wpływem gorących okładów. Odtąd jednak powtarzały się one dość często, w odstępach nieregularnych aż do końca grudnia. Chora przez cały ten czas chodziła, i w styczniu r. 1896 czuła się zdrową. Z końcem stycznia znowu podczas snu wystąpiły silne bóle dołem, które utrzymywały się do kwietnia a dawały się stwierdzić przedmiotowo przy dotyku.

W styczniu zauważyła chora, że płód, którego ruchy do tego czasu odczuwała tak, jak w ciążach poprzednich zmienił swoje miejsce; części płodowe mogła sama dokładnie wybadać, a ruchy płodu odczuwała bardzo dokładnie, przytem doznała uczucia, jak gdyby płód dostał się do brzucha.

2-go kwietnia 1896 o godz. 10 rano wystąpiły bóle o charakterze porodowych, które utrzymywały się około 3 godziny, poczem ustały. Od tego czasu chora nie doznaje żadnych dolegliwości. Ruchy płodu przestała odczuwać 5. kwietnia. Wody płodowe nie odchodziły.

Od 15. kwietnia upławy brunatne. W tym czasie odeszło kilka kawałków jakiejś tkanki, podobnej wedle podania chorej do łożyska.

Chora zgłosiła się do kliniki położniczo-ginekologicznej d. 24. kwietnia 1896.

Przy badaniu stwierdzono: Wzrost średni, miernie odżywiona i zbudowana. Ciepłota 37°; tętno 100.

Brzuch wypuklony więcej wszerz, niż wzdłuż, głównie w dolnej części, w okolicy pępka przez tumor, sięgający na 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Tumor ten wychodzi z miednicy malej i zaraz nad pachwinami zdaje się rozszerzać bardzo znacznie na boki, gdzie po stronie prawej dochodzi do *spina anterior superior*, po lewej zaś zachodzi aż w okolicę lędźwiową. W dolnej części guza, nad spojeniem łonowem, więcej ku stronie prawej rysuje się ciało o cechach macicy, które zdaje się pozostawać w związku z resztą guza.

Ciało to (macica) dochodzi na 2 palce poniżej pępka i zachodzi ku stronie prawej na odległość 3 palców ku *spina anterior superior*, zaś od strony lewej granicy wybadać nie można.

Dalszą część tumoru stanowi płód dobrze rozwinięty, którego części pojedyncze można wybadać jakby bezpośrednio przez powłoki brzuszne; w razie obecności torby, płód otaczającej, ta musiałaby być bardzo cienką.

Ani jędrnienia, ani chełbotania ponad płodem wybadać nie można. Również nie można wybadać ruchów płodu. Tętno płodowe niesłyszalne, szmeru macicznego nie ma.

Co do części płodu, to w okolicy ledźwiowej lewej można wyczuć dość głęboko opór, odpowiadający główce, po stronie prawej od przodu liczne części drobne, ku górze i ku tyłowi grzbiet płodu.

Badanie w ogóle jest zupełnie bezbolesne.

Badaniem wewnętrznem wykazano:

Pochwa miernie długa; błona śluzowa tejże rozpulchniona; część pochwowa zwrócona mocno ku tyłowi i ku stronie lewej, ustawiona nieco wyżej, kształtu walcowatego, mocno rozpulchniona, na falangę długa.

Brzegi ujścia opatrzone wrębami; ujście dla palca drożne; szyja również drożna aż do ujścia wewnętrznego, które jednak leży tak wysoko nad wchodem, że palca przez nie przeprowadzić nie można.

Przez sklepienia przednie i oba boczne można wyczuć dalszy ciąg szyi.

Palec wyjęty jest pokryty śluzem brunatnym.

26. kwietnia 1896. W narkozie stwierdzono badaniem skombinowanem, że nad spojeniem łonowem znajduje się macica, sięgająca dnem na 2 palce poniżej pępka, rozszerzająca się dość daleko na boki.

Jama macicy obszerna tak, że wszystkie jej ściany w dolnej części można palcem obmacać, na przedniej ścianie macicy w górze nierówności podobne, jak po odejściu łożyska, zresztą błona śluzowa, dostępna dla palca nie jest całkiem gładka.

Płód leży ponad i po za macicą.

Po badaniu mierne krwawienie.

Na podstawie tego badania mogę stanowczo powiedzieć, że mamy tu do czynienia z ciążą zamaciczną brzuszną. Płód wielkością swoją odpowiadający donoszonemu jest ułożony poprzecznie i nie żyje, gdyż ani ruchów ani tętna, mimo zresztą bardzo korzystnych warunków badania, wykazać nie mogłem. Co do pytania, które się samo przez się nasu-

wa, czy ciąża brzuszna jest w tym przypadku pierwotną, czy następową — a które nb. przed zabiegiem jest bardzo trudno rozstrzygnąć, przychylił bym się raczej do tego drugiego przypuszczenia. Przemawiają za niem wyraźnie wywiady, które inteligentna chora bardzo dokładnie i z całą stanowczością podaje, a które Panom opowiedziałem. Z kolei nasunąć się musi pytanie, tem trudniejsze do rozstrzygnięcia, że jeszcze więcej szczegółowe, zkąd płód ten dostał się do jamy brzusznej, czyli gdzie pierwotnie zaczął się rozwijać — w macicy, czy po za nią.

Przeciw pierwotnie prawidłowej ciąży macicznej przemawia ten szczegół, że chora nie opowiada o żadnym urazie, któryby mógł być uważanym za przyczynę pęknięcia. Nierówności wybadane w jamie macicy mogą odpowiadać doczesnej.

Zkądkolwiek jednak płód dostał się do jamy brzusznej, to pewna, że dostał się żywym, i że dalej aż do normalnego terminu rozwoju żył.

Zamierzam naturalnie wykonać laparotomię i płód wydobyć. Poczekam jednak dla wszelkiego bezpieczeństwa jeszcze kilka tygodni, gdyż obawiam się, że przyjść możo do poważnego krwawienia podczas odklejania łożyska.

Zwłoki tej nie boję się, gdyż stan chorej jest zadowalniający.

LXXVI. Posiedzenie z dnia 21 Października 1896.

Przewodniczący: kol. Prof. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Mars opowiedział rzecz p. t.:

Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym.

Po wypowiedzeniu moich uwag, dotyczących etyologii świądu sromu niewieściego, na posiedzeniu Tow. ginekolo-

gicznego krakowskiego w dniu 5. maja b. r., które były drukowane w *Przegl. lek.* w Nr. 22 i 23, wyczytałem w *Berliner klinische Wochenschrift* z 4. maja spostrzeżenia Pawła Rugego, które on przedstawił w marcu b. r. na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego berlińskiego. Nadto w 18 numerze *Centralblatt f. Gynaekologie* z 2. maja znalazłem dyskusyę, wywołaną w Towarzystwie ginekologicznem berlińskiem odczytem Rugego. Zapatrywania wyczytane ucieszyły mnie bardzo, albowiem znalazłem w nich potwierdzenie moich poglądów, co dotyczy leczenia świądu sromu niewieściego, jak zatem przemawia podane leczenie w przypadkach przezemnie opisanych.

W dyskusyi nad odczytem Rugego większość autorów zdaje się z nim zgadzać, kładąc nacisk na należyte oczyszczenie sromu. Martin radzi nawet golić srom i potem stosuje kwiat siarczany.

Żaden z autorów jednak nie zwraca uwagi na zachowanie się uwłosienia sromu, które właśnie było podstawą do ułożenia moich spostrzeżeń. Wobec tego, tem pochopniej pospieszam z opisem przypadku i zabiegu operacyjnego, który z pomyślnym wynikiem wykonałem, a o którym w odczycie moim w dniu 5. maja wspominałem, że go mam zamiar wykonać u pewnej chorej, właśnie w leczeniu będącej.

Historya tego przypadku jest następująca:

M. B., lat 33, służąca przybyła na mój oddział szpitalny d. 2. maja. Według wywiadów miesiączkowała pierwszy raz w 16 roku życia. Podczas 1-szej miesiączki doznawała uczucia parcia na mocz. Regularność, trwająca 3 do 4 dni, powracała ściśle okresowo. Od 8 lat, to jest od czasu pierwszego spółkowania, miesiączka stała się obfitszą i trwa obecnie cały tydzień. Często cierpiała na zaparcie stolca. Od roku miewa białe upławy i nader dokuczliwy świąd sromu, który jej sypiać po nocach niepozwala. Chora z zawodu jest kucharką, a ponieważ służy u ludzi biedniejszych, musi cały dzień pracować i spełniać cięższe roboty. Całodzienna praca i bezsenne noce sprawiły, że, wyczerpana na siłach, musiała

służbę porzucić i szukać w szpitalu pomocy lekarskiej, aby się pozbyć uporczywego świądu.

Badanie wykazało: spojówki blade, język obłożony, buczenie nad żyłami szyjnemi, kruczenie w okolicy kiszki ślepej i tkliwość przy omacywaniu. Narządy wewnętrzne nie wykazują nic nieprawidłowego. Nad pachwinami i nad spojeniem kk. łonowych żadnego nieprawidłowego oporu wykazać nie można. Na wzgórku sromowym i na wargach dość obfite uwłosienie. W ułożeniu na stołku ginekologicznym z rozstawionymi udami, wargi większe nieznacznie od siebie odstają, a z pomiędzy nich wychyla się łechtaczka i wargi mniejsze obrzękłe, nieco ciemniej niż zwykle zabarwione. Po rozchyleniu warg większych, pomiędzy niemi a łechtaczką, widać po obu jej stronach dwa fałdy błony śluzowej, zbiegające równolegle i wzdłuż szpary sromowej ku dołowi i obejmujące poniżej wargi mniejsze. Fałdy te mocno obrzękłe, gubią się poniżej warg mniejszych w błonie śluzowej przedsionka.

Na wewnętrznej powierzchni warg sromowych większych, w górnej ich połowie, widzi się uwłosienie, a mianowicie: drobne na kilka milimetrów długie, prostopadle z wewnętrznej powierzchni warg wyrastające włosy. Zbliżając wargi do siebie można się przekonać, że włosy te sterczą ku łechtaczce i wargom mniejszym, w które się ich końce niejako wciskają. W dolnej połowie warg włosów tych nie widać. Na zewnętrznej powierzchni warg spostrzega się tu i ówdzie zdrapanie przyskórka.

Przedsionek blady — również i rozciągnięta błona dziewicza blada, wejście do pochwy miernie szerokie. Z ujścia pochwowego nie wypływa żadna ciecz nieprawidłowa. Pochwa wązka, ułożona w prawidłowe fałdy, część pochwowa drobna, dziewicza, z ujściem skierowanem ku tyłowi. Sklepienia wolne; w przedniem sklepieniu czuć dalszy ciąg ciała macicy, ułożonej w prawidłowem przodopochyleniu. Macica w całości mała, smukła, w przedniej ścianie jej ciała, podczas badania dwuręcznego, czuć drobne dwa guzki, wielkości grochu, odznaczające się większą zbitością od reszty utkania.

Badanie wziernikiem wykazuje prawidłowo wyglądające ściany pochwy i dziewiczą część pochwową. Pochwa zawiera nieznaczną ilość wydzieliny śluzowej białawo mętnej, którą na brzegu wyjętego wziernika widzieć można.

Badanie moczu, podjęte przez prof. Dra Stopczańskiego, wykazało mocznik w ilości nieco zmniejszonej, jak niemniej fosforany i siarkany, również w ilości nieco zmniejszonej. Żadnych składników nieprawidłowych, ani chemicznie, ani badaniem mikroskopowem, nie wykazano.

4. Maja ogolono starannie wargi większe w całości. Na skórze widać po ogoleniu w kilku miejscach utratę przyskórka, skutkiem drapania; polecono maść cynkową.

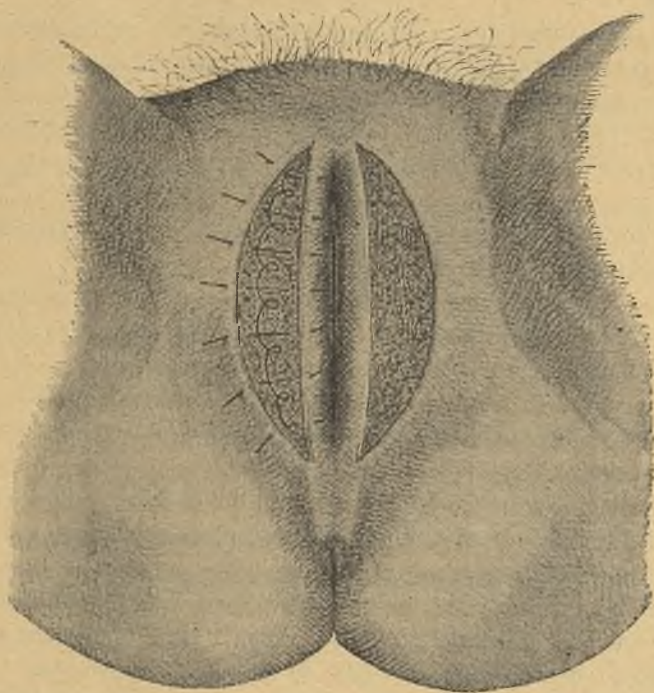
W następnych dniach świąd się niepojawiał, przeczosy wygoiły się, obrzęk napletka łechtaczki i warg mniejszych ustąpił.

11. Maja pojawił się ponownie świąd sromu, a przy oglądaniu stwierdzono odrastanie włosów.

Ponieważ chora jest niezamożna i ciężko pracuje w domu, pamiętać wiele o sobie i leczyć się długo nie może, — przeto zdecydowaną jest poddać się leczeniu chirurgicznemu, jeżeli tylko ono może być pomocnem. Wobec tego 13. maja wykonałem zabieg operacyjny.

Po ogoleniu ponownem sromu, (przyczem zauważono, że skóra zewnętrznej powierzchni warg mocno ciemno zabarwiona), wycięto z obu warg sromnych większych półksiężycowate paski skóry, mniej więcej 10 cm. długie, w miejscu najszerszem na 2 do $2\frac{1}{2}$ cm. szerokie. Cięcie na każdej wardze prowadzono w spokojnem jej ułożeniu, wzdłuż najwyższej wypukłości i na całej długości tejże. Od końca górnego pierwotnego cięcia zatoczono łukowato na zewnątrz drugie cięcie, kończąc je na drugim końcu pierwotnego cięcia. Tak okrążony płat skóry wycięto i, aby tem pewniej uzyskać wywinięcie warg na zewnątrz, założono najpierw dwupiętrowy szew katgutowy ciągnący, a potem zespojono brzegi rany kilkoma jedwabnymi szwami węzełkowymi. Najpierw wykonano zabieg na jednej wardze, potem powtórzono toż-

samo na drugiej. Figury, po wycięciu płatów skóry powstałe, przedstawiały się jak na załączonym rysunku.



Po dokonaniu tego zabiegu wargi obie były doskonale odwinięte, a łechtaczka, wraz z napletkiem i wargami mniejszemi, w całości odsłonięte.

Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost; 17. maja usunięto szwy węzełkowe, 18. maja wystąpiła miesiączka, trwająca 5 dni.

W następnych dniach wystąpił koło liniowej rany nieznaczny obrzęk na obu wargach; polecono okłady z octanu glinowego, a po dwóch dniach pozwolono chorej chodzić.

Przy zbliżeniu nóg wargi tak się układają, że włosy ku wewnątrz nie sterczą.

Chora powróciła do pracy, jest czynną, ostatni raz widziałem ją w cztery tygodnie po wykonaniu operacyi, ma się zupełnie dobrze, świąd się nie pojawił mimo odrośnięcia włosów.

Przypadek ten, aczkolwiek nie wykazuje może stanowczo, że nienaturalny kierunek uwłosienia był przyczyną bezpośrednią istnienia świądu, to przecież wymownie świadczy, że uwłosienie to, wobec świądu rolę czynną niewątpliwie odgrywało. Usprawiedliwionem jest co najmniej przypuszczenie, że nieprawidłowe uwłosienie może być łącznikiem, że tak powiem, między cierpieniem przyczynowem a świądem chorobliwym sromu niewieściego.

Że w wielu przypadkach rzecz się tak ma, przemawiałaby zatem okoliczność, że niejednokrotnie można napotkać przy badaniu przypadki, w których włosy leżą w przedsionku, a mimo to osoby te się na świąd nie skarżą. Przypuszczenie to tłómaczyłoby nam nadto, dlaczego w wielu przypadkach, w których istnieją cierpienia, czy to całego ustroju dotyczące, czy też miejscowe, które do cierpień przyczynowych świądu sromu niewieściego zaliczamy, a mimo to w przypadkach tych świąd sromu się nie pojawia; wreszcie, że mimo tak znacznej częstotliwości i tak znacznego szeregu cierpień przyczynowych, świąd sromu jest cierpieniem stosunkowo wcale rzadkim, czyli, że sądzićby należało, że wobec istniejących cierpień przyczynowych, w przypadkach okazujących nieprawidłowe zachowanie się uwłosienia sromu, łatwiej świąd chorobliwy występuje. Szczególniej zaś dotyczyłoby to tych przypadków, w których drobnoustroje odgrywają rolę, gdyż możnaby się ich siedziby na włosach domyślać.

W przypadku opisanym jedna okoliczność jest niejasną, a mianowicie: zkąd powstało u tej osoby wadliwe uwłosienie? W przypadkach pierwotnie obserwowanych sprawa chorobowa dotyczyła staruszki, z wyraźnym uwiądem starczym części płciowych, który wwinięcie się ku wewnątrz warg sromowych większych dostatecznie tłómaczył. W przypadku jednak niniejszym idzie o osobę młodą, u której zaniku sromu

ani widzieć, ani przypuszczać nie można. Raczej przypuszczaćby należało, że uwłosienie to dawniej istniało i dopiero, po pojawieniu się niewykazanego cierpienia przyczynowego, wywołało dokuczliwy świąd sromu.

Dodatkowo jeszcze nadmienić muszę, iż w ostatnich dniach miałem sposobność widzieć staruszkę, u której najpierw na uwłosienie nieprawidłowe sromu zwróciłem uwagę. Od osoby tej się dowiedziałem, że w ciągu roku 5 razy świąd powrócił i, że za każdym razem po starannem wystrzyżeniu włosów, znów na czas dłuższy ustępował. Operacyjnemu zabiegowi nie ma ona zamiaru poddać się, albowiem stan jej jest obecnie zupełnie dobry i świądu się już nieobawia, skoro wie, że przez usunięcie włosów i świąd na czas dłuższy usunąć może.

3) Kol. Rosner:
„Deciduoma malignum“, (z okazaniem skrawków drobnowidowych).

Mając zamiar mówić o nowotworze, który obecnie tak żywo zajmuje umysły ginekologów, zwłaszcza niemieckich, wybrałem niewłaściwy termin „*deciduoma*“ tylko dlatego, że, o ile wiem, nie zgodzono się dotąd powszechnie na nazwę inną a właściwszą.

Pacyentka, o którą chodzi, liczy lat 20. Zaczęła miesiączkować w 15 roku życia. Czynność ta odbywała się bez zaburzeń i przerw aż do 18 roku życia. Wtedy zastąpiła i przed rokiem urodziła prawidłowo, choć dość ciężko, dziecko donoszone.

W połogu leżała 6 tygodni. Dziecko karmiła tylko przez 4 tygodnie. Peryod pojawił się w 3 miesiące po porodzie i odbywał się potem zupełnie prawidłowo.

Dopiero na wiosnę b. r., a więc mniej więcej przed 8-ma miesiącami, zaczęła chorować. Doznawała wówczas gniotących bólów dołem i zaczęła krwawić z macicy. Krwawienie to trwało przez 3 miesiące letnie prawie bez przerwy. Dopiero w sierpniu nastąpiło polepszenie, niestety krótko trwałe, gdyż z początkiem września rozpoczęły się znowu

gniecenia dołem, wymioty, ogólne osłabienie etc. Podczas podróży do Krakowa zaczęła znowu silnie krwawić. Nazajutrz t. j. dnia 9 września 1896 zgłosiła się do mnie. Uderzyła mnie przedewszystkiem ostra niedokrewność i omdlewania. Między udami znalazłem kilka przepasek przesiąkniętych krwią. Po zdjęciu tych przepasek zauważyłem w przedsionku tuż pod ujściem cewki moczowej guzek wielkości orzecha włoskiego, szeroko z podstawy wychodzący, siny, kruchy, obficie miąższowo krwawiący. Z powodu wprost zastraszającej niedokrewności, lichego, bardzo szybkiego tętna i częstych omdlewań chorej musiałem przerwać na razie badanie i zwrócić swoją uwagę głównie na krwotok, który ze wskazania wprost życiowego należało jaknajprędzej zatrzymać. Gdy ucisk na miejsce krwawiące okazał się niedostatecznym, zastosowałem sześciochlorek żelaza i opaskę w kształcie T., poczem poleciłem przewieść chorą na oddz. III. szpitala św. Łazarza. Badanie, które tam przedsięwziął prof. Jordan wspólnie ze mną i kilku kolegami wykazało co następuje:

Osoba wątła, bardzo niedokrewna, tętno szybkie, drobne. W jamie brzusznej wybadać można guz, wychodzący z miednicy małej, sięgający na szerokość 3 ch palców poniżej pępka, bolesny, nieruchomy, dość twardy o powierzchni nierównej. W przedsionku guz, jak wyżej opisano; krwawi on po zdjęciu opatrunku zupełnie jak przedtem, obficie, miąższowo. W obec wielkiej niedokrewności trzeba było koniecznie przed przystąpieniem do badania wewnętrznego zatamować krwotok, co dało się uskutecznić tylko przez usunięcie źródła krwawienia t. j. owego guzka. W tym celu uśpiono chorą chloroformem, poczem prof. Jordan naciągnął guzek ku przodowi i przez wytworzoną w ten sposób szypułę zdrowej podstawy przekłuł igłą, nawleczoną jedwabiem. Tym jedwabiem podwiązał ściśle podstawę guza i odpalił go termokauterem.

Badanie oburęczne, obecnie bez przeszkody wykonać się dające wykazuje pochwę dość długą, wyraźnie rozpulchnioną, część pochwową na falangę długą, grubą, o

ujściu szparowatem. Trzon macicy znacznie od prawidłowego większy, leży w sklepieniu przedniem i na lewo i sięga dnem na 3 palce poniżej pępka. Po stronie prawej, w miejscu trąbki resp. jajnika czuć guz dość miękki, wielkości cytryny, mniej więcej okrągły, mało ruchomy. W jamie Douglasa czuć nierówności, jakby od jakichś rozsianych guzków pochodzące. Zgłębnik maciczny wchodzi na głębokość 13 ctm. i wykazuje na tylnej ścianie macicy liczne nierówności.

Dla celów dyjagnostycznych wyskrobał wówczas prof. Jordan jamę macicy, zdołał jednak wydobyć zaledwie kilka bardzo małych strzępków. Zresztą łyżeczka trafiała wszędzie na twardą podstawę. Macicę i pochwę przestrzykano i wytamponowano, ranę w przedsionku opatrzono.

Mieliśmy do czynienia niewątpliwie z nowotworem, który trudno było podciągnąć pod jakikolwiek znany nam typ. To też już wówczas poruszał prof. Jordan myśl, czy guzek w sromie nie jest przerzutem t. zw. *deciduoma*

Badanie drobnowidowe guzka, wyciętego ze sromu, i strzępków, wyskrobanych z macicy, po ustaleniu ich w sublimacie, zatopieniu w parafinie i zabarwieniu haematoxyliną i eozyną — potwierdza w zupełności to przypuszczenie. Preparaty, które Panom demonstruję, przedstawiają typowy obraz t. zw. *deciduoma malignum*. Są w nich wyraźnie te dwa typy komórek, które Marchand w znakomitej swojej pracy tak dokładnie opisał, a które zdaniem jego odpowiadają *syncytium* przybłonkowemu kosmków, względnie komórkom Langhansa. W skrawkach, pochodzących z macicy, widzimy obok tej nowotworowej struktury tu i owdzie gruczoły maciczne.

Choć badanie to pozwala na pewne rozpoznać istotę cierpienia, jednak nie wyjaśnia w zupełności obrazu klinicznego. Pacyentkę obserwowałem krótko, bo tylko do 21 września, którego to dnia na naleganie rodziny opuściła szpital. Wkrótce potem, jak się dowiedziałem, zmarła. Jeszcze przed wyjściem chorej ze szpitala pojawił się nowy przerzut na cybulce moczowej, a potem na tylnej ścianie

pochwy tuż koło wejścia. Ten ostatni miał róść bardzo szybko. Do nekroskopii nie przyszło. Byłaby ona niewątpliwie rozstrzygnęła pytanie, zkąd nowotwór wyszedł. Najczęstszem jego źródłem jest macica, i w tym przypadku pewne szczegóły zdają się za tem przemawiać, a mianowicie znaczne powiększenie macicy i wykazanie w niej wyraźnej struktury nowotworowej. Ale i przeciw temu przemawiają poważne dane.

Wobec znanego powszechnie szybkiego wzrostu nowotworu, należałoby się spodziewać, że w macicy, jeśli w niej *deciduoma* zaczęło się pierwotnie rozwijać, znajdziemy spory tumor i wydobędziemy łyżeczką dużo strzępów kruchego, miękkiego nowotworu. Tymczasem o jakimś guzie w jamie macicy nie było mowy, a łyżeczka, choć prowadzona energicznie, zdołała wydobyć zaledwie kilka małych strzępków, nie więcej, niż z prawidłowej macicy wydostać można.

Nie da się wykluczyć, że w moim przypadku podobnie jak w Marchanda, miejscem wyjścia nowotworu była trąbka, a źródłem chorion ciąży trąbkowej. Guz trąbkowy, który można było już pierwszego dnia dokładnie wybadać, dałby się w ten sposób wyjaśnić, a powiększenie macicy byłoby również zrozumiałe. Należałoby wówczas przypuścić, że łyżeczka wydobyła z macicy małe ognisko przerzutowe. Zajmujące te pytania muszą wobec braku sekcyi pozostać nierozstrzygniętemi.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Mars uważa, że kwestya t. zw. deciduoma jest pod względem histologicznym zawiłą i dotąd niezupełnie jasną. Badał wprawdzie dużo preparatów łożysk z różnych okresów rozwoju, jednak patrząc na preparaty kol. Rosnera i czytając odnośne publikacye, zajmujące się patologiczną histologią tego nowotworu, nie byłby w stanie napewne powiedzieć, jaki rodzaj komórek bierze udział w bujaniu nowotworowem. Zwraca uwagę na podany przez siebie sposób podwójnego barwienia preparatów łożyskowych haematoxyliną i safraniną, i radzi kol. Rosnerowi, ażeby tego barwienia na swoich skrawkach spróbował. Mikrochemiczne reakcye różnych grup komórek występują przy tem barwieniu wyraźnie, i być może, że ono przyczyni się do roz-

jaśnienia bądź co bądź niejasnej dziś sprawy pochodzenia tego nowotworu.

Nie da się zaprzeczyć, że komórki leżące tu i ówdzie pomiędzy masami syncytialnemi żywo przypominają kształtem komórki doczesnej, choć nie chce twierdzić, żeby nie mogły pochodzić z warstwy Langhansa, jak to przypuszcza Marchand.

Kol. Rosner dziękuje kol. Marsowi za przemówienie, którego tem więcej zainteresowało, że pochodzi od wytrawnego znawcy struktury łożyska.

Nie myśli stawiać hypotez w kwestyi, która się okazała tak niezmiernie trudną do rozwikłania.

Nie chce również apriorystycznie zaprzeczać możności powstania nowotworu, w którym obok siebie różne bujają komórki, z dwóch organizmów matki i płodu, z drugiej jednak strony sądzi, że hypotezy takie należy przyjmować skeptycznie, dopóki badanie nie dostarczy dowodu, że tak jest rzeczywiście.

Barwienie metodą kol. Marsa zastosuje niewątpliwie w następnej seryi preparatów.

4) Kol. Mars przedstawił:

osobę, u której podejrzywa poczynającą się marskość przedsionka (*Kraurosis vulvae*).

K. F. 40 lat licząca, 24 lat zamężna, w 13-tym roku życia poczęła miesiączkować. Rodziła 11 razy prawidłowo, 3 razy roniła. Przed 11-tu laty przebywała cierpienie połogowe i przez 2 miesiące była obłożnie chorą. Ostatni poród w styczniu roku b.; dziecko umarło niebawem po porodzie; nie karmiła. Od 3-ch miesięcy miesiączkuje napowrót dwa razy bardzo obficie, raz skąpo. Od porodu ostatniego czuje się chorą. Cierpienie miało się rozpocząć w tydzień po porodzie dreszczami i bólami w podbrzuszu po stronie prawej. Dłuższy czas leżała chora w domu, gdy jednak ból się zlokalizował w okolicy otworu stolcowego, a powstałe pieczenie i świąd sromu zbyt jej dokuczał, udała się do jednej z klinik krakowskich, w której przez kilka miesięcy była leczoną. W czasie tym wykonaną była operacya w otworze stolcowym, dokuczliwe jednak pieczenie i świąd sromu nieustąpiły. Lato przepędziła w szpitalu św. Łazarza, a obecnie zgłosiła się do szkoły akuszerek, żaląc się na podane wyż objawy.

Badanie przedmiotowe wykazuje osobę dobrze odżywioną, silnie zbudowaną; w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego wykazać nie można. Okolica sromu, wewnętrzna powierzchnia warg większych i okolica otworu stolcowego ciemno brunatno zabarwiona. Uwłosienie sromu bardzo bujne, włosy grube i twarde. Splot włosów ze wzgórka sromowego zsuwa się ku dołowi i leży między wargami sromowemi, w górnej części warg większych na wewnętrznej powierzchni widać włosy, sterczące ku łechtaczce. Przy bardzo miernem rozstawieniu ud szpara sromowa zieje; w okolicy więzadełka blizna po pęknięciu międzykrocza; na tylnym brzegu otworu stolcowego blizna po przebytym zabiegu operacyjnym. Wargi sromowe większe bardzo grube, mięsiste. Po rozłożeniu warg większych wargi mniejsze przedstawiają się jako dwa ledwo zaznaczone fałdy, gubiące się w wargach większych. Napletek łechtaczki i łechtaczka prawidłowe. W przedsionku błona śluzowa poniżej łechtaczki i w okolicy ujścia cewki moczowej blado żółtawo-zabarwiona, przy zwykłem rozwarciu warg sromowych znacznie się napinająca, odróżnia się swem zabarwieniem od reszty błony śluzowej przedsionka, która jest barwy blado-różowo-sinawej.

Napinanie się jest widoczne, gdyż tworzą się drobniuchne poprzeczne fałdziki; przyglądając się z boku, miejsce to jest lśniące, a błona śluzowa w tem miejscu kruchsza, gdyż przy tak lekkiem rozwarciu warg powierzchownie się naddziera i występują drobniuchne kropelki krwi. Z wejścia pochwowego wypukla się cebulka moczowa i fałd tylnej ściany pochwy. Wejście do pochwy szerokie, pochwa szeroka, gładka, część pochwowa w osi miednicy, dalszy ciąg macicy prawidłowo ułożonej i prawidłowych rozmiarów w przedniem sklepieniu.

Badanie zestawione nie wykazuje żadnych zmian nieprawidłowych ani w macicy ani w jej sąsiedztwie. We wzierniku pochwa okazuje zwykłe wejrzenie, część pochwowa prawidłowa, z ujścia zewnętrznego macicy wydobywa się nieco śluzu szklistego, przeźroczystego. Mocz badany

przez prof. Stopczańskiego, nie wykazuje nic nieprawidłowego. Badanie odbytnicy palcem i wziernikiem zmian chorobowych żadnych nie wykazuje.

W przypadku niniejszym uderzającą jest różnica, jaka zachodzi między wargami dużemi, które są pojemniejsze, mięsistsze, aniżeli to widzimy w obec warg mniejszych, które, jak Panowie widzą, zaledwo są zaznaczone. Zwraca uwagę różnica w zabarwieniu błony śluzowej, to łatwe napinanie się, lśnienie i kruchość tego miejsca. — Mimo woli ma się wrażenie, że wargi mniejsze dlatego są tak nieproporcyonalnie małe, ponieważ przez skurczenie się błony śluzowej zostały rozciągnięte i na pokrycie wewnętrznej powierzchni warg większych zużyte. Że błona śluzowa uległa skurczeniu przemawiałoby zatem i zachowanie się nieprawidłowe uwłosienia jak to wyżej zaznaczone, a co wsuwaniem się ku wewnątrz uwłosionej powierzchni warg tłomaczyć tylko można. — Ponieważ nigdy nie widziałam wczesnego przypadku *kraurosis vulvae*, a stan ten wobec objawów podmiotowych uporczywych budzi u mnie podejrzenie, czy tu się o poczynającą marskość nie rozchodzi, zatem przedstawiam Panom Kolegom ten przypadek z prośbą, byście swe zdanie wypowiedzieli. Zwracam się do Kolegów z mą prośbą tem chętniej, że idzie mi o to, w jakim kierunku leczenie poprowadzić, jeżeliby bowiem w tym przypadku marskość przedsionka się przyjęło, należałoby schorzałe części usunąć, w razie zaś przeciwnym zabieg taki byłby przeciwskazany.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Rosner zaznacza, że co do rozpoznania *kraurosis* nie mógł by nic nadmienić, gdyż cierpienia tego nie obserwował. W każdym razie objawy byłyby bardzo wczesne.

Co do leczenia przemawiałby za usunięciem tego, co w tym sromie jest najbardziej nieprawidłowego, t. j. przerwania międzykrocza. Ostatecznie nie można wykluczyć, że blizna na międzykroczu wywołuje w ten lub ów sposób świąd sromu, tak, że zabieg, polegający na wycięciu blizny mógłby być radykalnie leczniczym.

Kol. Rosner operował przed kilku laty chorą z powodu newralgii w bliźnie międzykrocza. Wykonał wówczas perineorafią Baker-Browna z dobrym wynikiem.

Kol. Jordan przemawia również za zastosowaniem perineorafii, która w tym przypadku może usunąć nie tylko bliznę międzykrocza ale i świąd sromu.

Kol. Mars oświadcza, że myślał o perineorafii i że ją u pacyentki tej wykona. Obiecuje, że w swoim czasie zda sprawę z wyniku operacyi.

5) Kol. Mikucki opowiedział:

„O operacyi Bode-Wertheima (z demonstracyą)".

Mam zaszczyt przedstawić Panom chorą, u której z powodu niezupełnego wypadnięcia macicy, wykonałem w klinice prof. Jordana operacyę skrócenia więzadeł okrągłych i krzyżowo-macicznych, sposobem Bode - Wertheima.

Pozwolicie Panowie, że pokrótce przytoczę historyę tej operacyi.

W r. 1895 pierwszy Bode[1]) w drezdeńskiem towarzystwie ginekologicznem podał myśl skrócenia więzadeł okrągłych od strony pochwy, w celu operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy. Nieco później Wertheim[2]) opisuje t. zw. pochwową operacyę Alexandra-Adamsa, polegającą na otworzeniu zatoki pęcherzowo-macicznej od strony pochwy, odsłonięciu więzadeł okrągłych i skróceniu ich o 7—9 cm. przez zeszycie ze sobą dwóch punktów więzadła, oddalonych od siebie o 7—9 cm. Wertheim używał do tego celu jedwabiu lub silkwormgutu.

Zachęcony publikacyą Wertheima ogłasza Bode[3]) trzy przypadki tyłozgięcia macicy, operowane tą metodą.

Nie długo potem Wertheim[4]) dodaje do powyższej operacyi jeszcze skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych od strony pochwy, w razie zwiotczenia tychże przy tyłozgięciu lub wypadnięciu macicy.

W ten sposób powstała ta operacya, której bieg w krótkości chcę Panom opisać.

---

[1]) *Centralblatt f. Gynäk.* 1896. Nr. 6, S. 168.
[2]) *ibidem,* Nr. 10, S. 268.
[3]) *Centralblatt f. Gynäk.* 1896. Nr. 13, S. 357.
[4]) *ibidem,* 1896. Nr. 18, S. 465.

Po ściągnięciu macicy, o ile się to uda, do szpary sromowej, przecina się poprzecznie przednie sklepienie, następnie na tępo oddziela się pęcherz od szyjki. Po otwarciu zatoki pęcherzowo macicznej wytacza się dno macicy przez otwór do pochwy i w tem leży cała trudność operacyi. Do wytoczenia macicy używa się kulociągów lub haczyków ostrych, chwytając niemi przednią ścianę macicy, coraz wyżej, jednakże przytem kaleczy się zanadto miąższ macicy, a nadto z miejsc skaleczonych zazwyczaj dość krwawi. Lepsze natomiast usługi oddaje zakładanie pętli jedwabnych przez przednią ścianę macicy coraz wyżej i ściąganie dna macicy za pomocą nich. Przytem ucisk od powłok brzusznych lub od kiszki stolcowej jest bardzo pomocny.

Po wytoczeniu macicy odsłania się tylna jej ściana wraz z rozpiętemi na niej w postaci fałdów więzadłami krzyżowo-macicznemi (nawiasem mówiąc, nie zawsze wybitnemi.) Pince'm chwytamy więzadło jak najdalej od macicy i wyciągamy je, o ile się to uda. Teraz łączymy maciczny koniec więzadła z punktem tegoż najbardziej oddalonym, zapomocą nitki jedwabnej, lecz nie wiążemy nitki, póki nie założymy takiegożsamego szwu na drugie więzadło. Następnie równocześnie ściągamy obie nitki i wiążemy je w ten sposób, że więzadła krzyżowo-maciczne ulegają pofałdowaniu i znacznemu skróceniu.

W ten sam sposób skracamy więzadła okrągłe, lecz przed zaciąganiem nitek należy macicę odprowadzić do jamy brzusznej. Zeszycie zatoki pęcherzowo-macicznej, zespolenie kilkoma szwami katgutowemi pęcherza ze szyją maciczną i zaszycie rany w przedniem sklepieniu — zakończa operacyę.

U chorej, którą Panom przedstawiam, prócz niezupełnego opadu macicy, był jeszcze przerost szyi i części pochwowej i obniżenie przedniej ściany pochwy, a jama macicy wynosiła 14 cm. długości. Dlatego do powyższej operacyi sposobem Bode-Wertheima, dodałem amputacyę części pochwowej, mając na celu pobudzenie przerosłej macicy do zwinięcia się. Nadto zrobiłem „*colporrhaphia anter.*“ wycinając z przed-

niej ściany pochwy trójkątny płatek, mający za podstawę poprzeczne cięcie w przedniem sklepieniu.

Obecnie macica u tej chorej leży w antefleksyi, wysoko, znacznie mniejsza, niż była przed operacyą. Zboczeń oddawania stolca, które Olshausen przypuszcza, zupełnie brak. Czy skutek operacyi będzie trwały, przyszłość pokaże. Że na przebieg ciąży lub porodu operacya ta wpływu mieć nie będzie, można z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, gdyż macica, przez skrócenie nieprawidłowo zwiotczonych i wyciągniętych więzadeł, osiąga położenie, jakie w prawidłowych warunkach mieć powinna.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Świtalski: Na podstawie dwóch dotąd w klinice operowanych przypadków tyłozgięcia i obniżenia się macicy metodą Bode-Wertheima mogę powiedzieć, że metoda ta w połączeniu z kolporhaphią, ewentualnie z częściowem przynajmniej odcięciem części pochwowej, jeżeli szyjka jest wydłużona i zgrubiała, może oddać bardzo dobre usługi. Po operacyi tej macica leży zupełnie prawidłowo, pozostaje ruchomą, tak, że w razie ciąży może się swobodnie rozrastać. Czy wyniki będą trwałe, to dopiero przyszłość okaże.

Nie zawsze jednak operacya ta daje się tak łatwo wykonać, jak w przypadku przedstawionym przez kolegę Mikuckiego. Czasami zwłaszcza, jeżeli macica jest powiększoną, wytoczenie jej przez otwartą zatokę pęcherzowo-maciczną, może natrafiać na wielkie trudności, a tak, jak i przy innych zabiegach operacyjnych i przy tym mogą wydarzyć się niespodzianki.

I tak u pierwszej chorej operowanej tą metodą przy przeprowadzaniu szwu przez *lig. rectouter. sin.* została nakłuta tętniczka, z której tak silnie krwawiło, że trzeba ją było okłuwać, co z powodu utrudnionego dostępu nie było rzeczą łatwą.

W tym przypadku przyszło do wytworzenia się exsudatu w zatoce Douglasa, wynik jednak końcowy był bardzo dobry.

Kol. Mars przyznaje, że ten sposób operacyi bardzo mu się podoba. Po licznych próbach rozmaitych zabiegów, mających na celu leczenie tyłozgięcia, z których jedne, jak waginofiksacya, dziś już zupełnie są zdyskredytowane, inne, jak wentrofiksacya, powoli tracą grunt pod nogami, prawdopodobnie powrócimy do operacyi, mających na celu skrócenie w ten lub ów sposób więzadeł

zów okrągłych. Należy się z wszelkiem prawdopodobieństwem spodziewać, że ten sposób operowania nie wpłynie niekorzystnie na późnejsze ciąże i porody.

LXXVIII. Posiedzenie z dnia 1 grudnia 1896.

Przewodniczący: kol. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Świtalski opowiedział:

Przypadek ciąży zamacicznej trąbkowej (*graviditas extrauterina tubaria isthmica*), (z okazaniem preparatu anat.).

Przypadek ten dotyczy chorej liczącej lat 36, która rodziła 4 razy prawidłowo, ostatni raz przed 3 ma laty. Po ostatnim porodzie karmiła dziecko przez 15 miesięcy. W miesiąc po odłączeniu pojawiła się regularność, która odtąd miała się powtarzać co miesiąc. W trzy dni po ostatniej regularności z początkiem października b. r. bez znanej dla pacyentki przyczyny wystąpiło zrazu nieznaczne a potem bardzo obfite krwawienie, przyczem odchodziły skrzepy krwi. Krwawienie to utrzymywało się do 24 października. Równocześnie z krwawieniem wystąpiły silne bóle dołem brzucha i w krzyżach, które skłoniły chorą do szukania porady w klinice, gdzie została przyjętą dnia 13-go listopada 1896.

Badanie, dokonane w tym czasie, wykazuje u osoby bardzo dobrze zbudowanej, otyłej, macicę powiększoną, w miernej elewacyi i antepozycyi, nieruchomą. Obok macicy po stronie lewej znajduje się tumor wielkości pięści, bardzo bolesny, nieruchomy, kształtu nieregularnego, konsystencyi miernie zbitej. Z tyłu po za macicą znajduje się opór rozlany, bolesny, mający cechy wypociny. Rozpoznano ciążę zamaciczną trąbkową, pęknięcie trąbki z wytworzeniem się krwisteku zamacicznego.

Za kilka dni zamierzano u chorej wykonać laparatomię, a tymczasem zalecono jej spokój. W nocy z dnia 14 na 15

miała chora bardzo silne bóle, które pod wpływem narkotyków ustąpiły tak, że rano dnia 15 listopada chora miała się całkiem dobrze. Tego dnia po południu, gdy posługaczki nie było w sali, chora wstała z łóżka, aby się udać do wychodka, zrobiwszy jednak kilkanaście kroków upadła i w parę minut zakończyła życie. Przyczyna śmierci była dla nas nie jasna; należało przypuszczać nowy krwotok, bardzo nagłe jednak zejście śmiertelne i brak objawów, przynajmniej większego, krwotoku do jamy brzusznej w agonii, przemawiały przeciw temu.

Sekcya wykazała w jamie brzusznej mierną ilość krwi płynnej, macicę powiększoną, dnem sięgającą na szerokość 3 palców ponad spojenie; do tylnej ściany macicy tuż poniżej dna przyrośnięte jest jelito grube, tak, że zatoka Douglasa częścią przez nie a częścią przez błony rzekome, które rozciągają się aż do bocznych ścian miednicy, jest zupełnie oddzieloną od jamy brzusznej. Obok macicy po stronie lewej uwidacznia się guz wielkości pięści.

Na szczycie tego guza niedaleko macicy, znajduje się otwór (w pseudomembranie), wielkości około $1/2$ centa, kształtu nieregularnego, zatkany skrzepem krwi. Trąbka lewa, widoczna na długość około 4 ctm., przebiega na szczycie guza, a potem wchodzi w głąb tumoru. Trąbka prawa, pozrastana z otoczeniem, przedstawia się mniej więcej prawidłowo. Po przekrojeniu tumoru po stronie lewej pokazało się, że cała zatoka Douglasa wypełniona jest dużą ilością skrzepów krwi; badanie po wydobyciu skrzepów wykazało, że po stronie lewej i ku tyłowi znajduje się dalszy ciąg trąbki lewej, rozszerzonej do grubości palca, przyrośniętej od góry do jelita. Poniżej trąbki i ku przodowi spotyka się torbiel jajnikowy, wielkości jaja gęsiego, pozrastany z otoczeniem. Po przekrojeniu trąbki lewej widzi się w jej wnętrzu twór kształtu i wielkości śliwki, stojący w związku z tylną ścianą trąbki za pomocą szypuły cienkiej a dosyć szerokiej. Część tworu tuż przy szypule jest barwy bladoróżowej reszta ciemnoczerwonej jak skrzep krwi. Po podniesieniu tworu tego ku górze, można się przekonać, że dal-

sza część trąbki jest drożna dla pałca, który przez rozszerzone i zupełnie drożne ujście brzuszne daje się przeprowadzić do jamy, leżącej po za *ligam. latum sinistr.*

Badanie mikroskopowe tego tumorku wykazuje na wewnętrznej powierzchni ściany trąbki kosmki bardzo dobrze jeszsze utrzymane wśród skrzepu krwi, a miejscami widzi się jeszcze zmienione komórki doczesnej.

W przypadku więc tym mielimy do czynienia z ciążą zamaciczną trąbkową, w której przyszło do poronienia (*abortus tubarius*) i do wytworzenia się *haematokele retrouterina.* Po wydaleniu jaja płodowego, na pozostałych kosmkach przyszło do wytworzenia się polipa włóknikowego.

Śmierć w tym przypadku nastąpiła wskutek przerostu tłuszczowego mięśnia sercowego.

Krwiotok sam nie usprawiedliwia zejścia śmiertelnego, gdyż przy sekcyi nie było wcale niedokrewności organów wewnętrznych, ale niewątpliwie mógł się przyczynić do zejścia śmiertelnego, gdyż zmiana ciśnienia przez upływ tej ilości krwi mogła się przyczynić do porażenia zmienionego mięśnia sercowego.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Braun przypomina, że co do leczenia ciąży zamacicznej panuje dziś prąd więcej konserwatywny, i zapytuje jakie w tym względzie panują zapatrywania w klinice.

Kol. Rosner nie przypuszcza, żeby zapatrywania co do leczenia świeżych przypadków ciąży zamacicznej, a o taki tutaj chodzi, mogły się były zmienić. Konserwatywnie leczy się zejście trąbkowej ciąży t. j. wylew krwi po za macicę, jeżeli można przypuszczać, że cała sprawa jest już skończona.

Kol. Jordan. Tutaj, nawet gdyby nie było guza, to i tak trzeba było operować, gdyż krwotok wewnętrzny powtarzał się kilka razy i można się było obawiać, że nastąpi zejście śmiertelne w jednym z nawrotów krwawienia.

3) Kol. Świtalski przedstawił:

Niezwykły przypadek skręcenia szypuły torbiela jajnikowego, (z okazaniem preparatu anat.).

Preparat, który Panom przedstawiam, wydobyty został na drodze operacyjnej dnia 20/X b. r. W przypadku tym

szypuła torbielaka, wychodzącego z jajnika prawego, a mającego wielkość głowy dorosłego człowieka, uległa skręceniu o 540°. W skręt została także wciągniętą prawa część macicy. W skład szypuły wchodziło więzadło jajnikowe, trąbka i część więzadła szerokiego.

W następstwie torsyi przyszło do upośledzenia krążenia, do wytworzenia się rozległych wylewów krwawych i zapalenia włóknikowego na powierzchni torby guza i na otrzewnie.

Jak skręt ten przedstawiał się *in situ*, macie Panowie uwidocznione wiernie na tej rycinie.

Po odkręceniu szypuły obraz był następujący:

Powierzchnia guza ciemno czerwono ubarwiona, pokryta licznymi złogami włóknika. Dolne części tumoru, prawy róg macicy i część więzadła szerokiego przylegająca do macicy są zlane w jeden guz wielkości średniej pięści ciemno-czerwono ubarwiony, wskutek znacznego wylewu krwawego do tych tkanek.

Więzadło okrągłe na długości kilku centimetrów jest znacznie zgrubiałe i ciemno-czerwono ubarwione.

Trąbka znacznie wydłużona (21 ctm.) jest ciemno czerwono ubarwiona, w $^2/_3$ częściach od macicy taśmowato spłaszczona (w następstwie ucisku) w $^1/_3$ brzusznej zaokrąglona, i tu dochodzi do grubości palca.

Prawa strona macicy od dna aż prawie do ujścia wewnętrznego, która brała udział w skręcie, jest barwy ciemnoczerwonej, a granicę pomiędzy tą częścią a resztą macicy stanowi linia wiśniowo-zabarwiona, widoczna tak na przedniej jak i na tylnej ścianie, przebiegająca ukośnie od dna macicy prawie aż do ujścia wewnętrznego. Przed tą linię od strony prawej ciągnie się równolegle do niej płytki rowek bladoróżowo ubarwiony. Pomiędzy prawym rogiem macicy, górną częścią prawego brzegu a krwiakiem wśródwięzadłowym granicy oznaczyć nie można.

Część macicy lewa jest bardzo wiotka, barwy bladoróżowej.

Guz jest jednokomorowy o ścianach grubych i kruchych; ściana dolna jest bardzo gruba wskutek znajdującego się tam wylewu krwawego.

Części dodatkowe po stronie lewej są prawidłowe.

O ile skręcenie szypuły przy guzach jajnikowych zdarza się dosyć często, o tyle takie przypadki, w którychby w skręceniu brała udział i macica, a zwłaszcza część trzonu macicy, należą do rzadkości. Skręcenie macicy w ogóle częściej wydarza się przy włókniakach. W dostępnej mi literaturze znalazłem 4 przypadki skręcenia macicy przy włókniakach (*Virchow*, *Skutsch*, *Küster*, *Küstner*.) a jeden tylko przypadek (Küstnera) przy torbielu parowarialnym. We wszystkich tych przypadkach wystąpiło skręcenie mniejsze lub większe trzonu w okolicy ujścia wewnętrznego, w skutek czego np. w przypadku Virchowa przyszło nawet do zaniku uciskowego miąższu macicy w okolicy ujścia.

W przypadku Küstnera cysta była skręcona o 360°, a macica o 180°. W naszym przypadku cały trzon macicy skręcony był ku stronie lewej nie mniej jak o 90°, a natomiast część prawa macicy była wciągniętą w skręt i stanowiła część skrętu tak, że w skutek ucisku przyszło do mocnego zaburzenia w krążeniu i do wytworzenia się rozległych wylewów krwawych. Powstanie tego można sobie tylko wytłomaczyć znacznem zwiotczeniem miąższu macicy, co rzeczywiście stwierdzić było można w części macicy niezmienionej. W przypadku tym, z obawy przed możliwą nekrozą tej części macicy, wśród której przyszło do wylewu krwawego, wykonano odcięcie macicy nadpochwowe sposobem Schrödera. Pomimo, że wykonanie zabiegu nie natrafiało na żadne trudności, chora zmarła na drugi dzień w następstwie *peritonitis*, którą już niestety podczas operacyi można było stwierdzić.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Braun ma obecnie w opiece osobę w 7 miesiącu ciąży, u której stwierdza obok ciąży torbiel prawdopodobnie wychodzący z lewego jajnika, bo umieszczony w podżebrzu lewem. Przed tygodniem wystąpiły u tej chorej bóle w miejscu gdzie leży torbiel, obok objawów lekkiego podrażnie-

nia otrzewnej, jak nudności, wymiotów, wzdęcia brzucha główni w podżebrzu lewem, bolesności przy dotyku całej tej okolicy i zatrzymania stolca. Podobne objawy wystąpiły już w 2 poprzednich ciążach i dopiero kiedy poród się w parę dni odbył, ustąpiły powoli zupełnie. Na podstawie powyższych objawów przypuszcza kol. Braun, że ma w danym przypadku do czynienia z rozpoczynającem się skręceniem szypuły, które trwać może jak w poprzednich ciążach, dopóki macica się nie wypróżni, poczem może nastąpić skręcenie jeszcze większe, albo odkręcenie, jak w poprzednich ciążach, bo ustanie objawów podrażnienia otrzewnej po porodzie w 2 poprzednich ciążach tłómaczy sobie Kol. Braun odkręceniem się szypuły. Zapytaje wobec tego kol. Braun, czy w razie rozpoznania skręcenia szypuły należy zaraz operować, czy jakiś czas przeczekać.

Kol. Rosner: Zestawiając przed kilku laty w innym celu ogłoszone dotąd przypadki ciąży powikłanej torbielami jajnika, przyszedłem ze zdziwieniem do przekonania, że wbrew temu, co się powszechnie mówi i pisze, ciąża nie usposabia bynajmniej do skręcenia szypuły guzów jajnikowych. Zdanie to opieram na stosunkowo dużych cyfrach zebranej wówczas statystyki, a jest ona dla mnie tem więcej przekonywająca, ile że tego rodzaju interesujące przypadki, jak skręcenie szypuły torbiela w ciąży, dostają się w stosunkowo większej ilości do piśmiennictwa, niż przypadki zwykłe powikłania ciąży guzami jajnika. Nawiasowo dodaję, że i inne, równie rozpowszechnione zdanie, jakoby obustronna owaryotomia w ciąży bardzo często jej przerwanie powodowała, nie znajduje potwierdzenia w cyfrach statystycznych.

Co się tyczy przypadku, o którym wspomina kol. Braun, to aczkolwiek trudno nie widząc pacyentki, mieć jakiekolwiek zdanie o rozpoznaniu, jednak chciałbym się tylko zapytać, czy bóle występujące u niej po tej stronie, którą zajmuje guz jajnikowy, nie są następstwem ugniecenia szypuły przez macicę, która wrastając w ciąży między blaszki szerokiego więzadła, rozwija czasem niejako szypułę guza i przez to ją skraca.

Kol. Braun sądzi, że bóle te raczej odpowiadają skręceniu szypuły.

4) Kol. Mikucki opowiedział przypadek:

Echinococcus wątroby zropiały u ciężarnej.

Jeżeli echinococcus w ogóle jest u nas zjawiskiem rzadkiem, to tem bardziej do wielkich rzadkości zaliczyć należy powikłanie tego cierpienia ciążą.

Niedawno mieliśmy sposobność obserwować w klinice tego rodzaju przypadek.

Dotyczy on chorej D. R. l. 33 liczącej, z Darowa. Pacyentka sześć razy rodziła prawidłowo, ostatni raz przed 15-tu miesiącami, przestała karmić przed dwoma miesiącami. Podaje, że od trzech miesięcy czuje się chorą, miewa często dreszcze, gorączkę i bóle brzucha, który od trzech tygodni znacznie się powiększył.

Badanie w chwili przyjęcia chorej do kliniki wykazywało:

Osoba słabo zbudowana, źle odżywiona, o rysach twarzy zaostrzonych, jak przy *facies ovarica*, ciepłota ciała podwyższona, tętno przyspieszone (120), duszność.

Z sutków słabo rozwiniętych przy ucisku wydziela się klej.

Brzuch wypuklony w kierunku podłużnym i ukośnie od strony lewej ku prawej przez guz, sięgający od dołu do spojenia łonowego, od którego jednakże daje się odgraniczyć, od strony lewej nie dochodzący do *linea spinalis*, od strony prawej zachodzący w okolicę lędźwiową, a od góry sięga on aż do podżebrza prawego, od którego oddzielić się nie daje. Guz ten ma powierzchnię gładką, jest przy ucisku bardzo bolesny, chełboczący, a przy obmacywaniu w górnej jego części, po stronie prawej daje się czuć wyraźnie trzeszczenie. Z powodu silnej bolesności dalsze badanie przeprowadzono w narkozie.

Na przedniej ścianie guza w linii łukowatej biegnącej od wyrostka mieczykowatego wzdłuż prawego łuku żebrowego, na 3 palce poniżej niego, daje się wybadać dolny brzeg silnie powiększonej wątroby.

Wymiary: od spojenia łonowego do pępka 21 cm.
do szczytu guza 42 cm.
obwód brzucha przez największą objętość 98 cm.

Odgłos wypukowy na większej części guza stłumiony, po stronie prawej od góry zlewa się ze stłumieniem wątroby i wyżej przechodzi bezpośrednio w odgłos jawny płuc.

Badaniem wewnętrznem można było stwierdzić ciążę czteromiesięczną: macica odpowiednio powiększona leży ku przodowi i nieco na lewo, daje się od guza odgraniczyć a od jej rogu lewego zdaje się przebiegać szypuła do dolnego odcinka guza.

Na podstawie tego badania rozpoznano ciążę czteromiesięczną i guz w jamie brzucha, co do natury którego nasuwały się pewne wątpliwości. Przypuścić było można, że albo mamy do czynienia z guzem jajnikowym (torbielem), za czem przemawiało wybadanie jak gdyby szypuły, łączącej lewy róg macicy z dolnym odcinkiem guza, tłómacząc sobie nagły wzrost guza, objawy zadrażnienia otrzewnej i ogólny stan chorej skręceniem szypuły, albo też z guzem wychodzącym z wątroby, za czem znowu przemawiał stosunek guza do wątroby, zlewanie się stłumienia na guzie ze stłumieniem wątroby i powiększenie samej wątroby, której dolny brzeg wyczuwaliśmy na przedniej powierzchni wspomnianego guza. Zrobiona punkcya wykazała płyn nieco mętny, w osadzie znaleziono tylko ciałka ropy.

Pewnego więc rozpoznania postawić nie było można. Z powodu złego stanu chorej prof. Jordan wykonał na drugi dzień po przyjęciu chorej laparotomię.

W narkozie eterowej otworzono jamę brzuszną cięciem w linii białej około 30 cm. długiem i znaleziono stan następujący: cała otrzewna, tak ścienna, jak i jelitowa, nawstrzykana silnie i pokryta wypociną włóknikową. Wątroba barwy ciemno-czerwonej, powiększona, a z dolnej powierzchni prawego jej płata wychodził guz, wielkości arbuza, wypełniający prawie całą prawą połowę brzucha, pozlepiany z otrzewną ścienną i z jelitami, zwłaszcza po stronie lewej. Macica powiększona, jak w piątym miesiącu ciąży, zupełnie wolna, a otrzewna na niej zmian nie przedstawiała.

Mieliśmy więc rzeczywiście do czynienia z guzem wątrobowym.

Przy oddzielaniu jelit od guza po stronie lewej pękła ściana tegoż, silnie w tem miejscu ścieńczała, przyczem za-

częła się wylewać ciecz, z początku prawie przeźroczysta, później coraz mętniejsza, aż wreszcie gęsta, ropiasta. Po przedarciu się ściany osłoniono natychmiast otwór kompresami, tak, że płyn do jamy otrzewnowej się nie dostał. Otwór rozszerzono nożem, by odpływ zawartego w guzie płynu ułatwić. Po wypuszczeniu płynu, którego było około 6 litrów wypłukano jamę guza 3% kwasem borowym letnim, następnie zeszyto brzegi otworu w guzie z brzegami otrzewnej ściennej w górnej połowie rany brzusznej i całą jamę wytamponowano gazą jodoformową. Następnie ze względu na zapalenie otrzewnej założono do jamy brzusznej w dolnej części rany worek Mikulicza, który spoczywa na dnie i tylnej ściany macicy. Resztę rany powłok spojono warstwowo.

Stan chorej po operacyi bezpośrednio był względnie dobry. W trzy godziny po operacyi nastąpiło wśród miernego krwawienia poronienie.

Pierwszej nocy po operacyi stan chorej znacznie się pogorszył. Infuzya do żył 1600ccm. fizyologicznego rozczynu soli poprawiła przemijająco napięcie tętna. Po infuzyi w godzinę wśród silnych bardzo potów spadła ciepłota chorej poniżej normy. Na drugi dzień po operacyi wieczorem powtórzono infuzyę (2000 ccm.), lecz bez żadnego skutku. Stan chorej coraz bardziej się pogarszał, trzeciego dnia wystąpiły objawy ostrego zapalenia otrzewnej, jak: *meteorismus*, wymioty, czkawka, silne boleści brzucha, a czwartego dnia rano chora zakończyła życie.

Rozpoznanie sekcyjne brzmi:

Abscessus chronicus hepatis ex echinococcu. Peritonitis sero fibrinosa. Uterus post abortum. Tumor lienis acutus. Degeneratio adiposa hepatis ac renum.

Rozpoznanie: „echinococcus zropiały“, opiera się w naszym przypadku nie na bezpośredniej obserwacyi jakiejś znamiennej cechy tego pasożytu, tylko powstało przez wykluczenie. Pan Prof. Browicz był mianowicie tego zdania, że ropień tych rozmiarów nie może się utworzyć w wątrobie z innej przyczyny.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Braun zapytuje, czy pierwotnie zamierzano wykonać zabieg dwuczasowo t. j. przy pierwszym zabiegu ograniczyć się tylko do przyszycia worka do otrzewny ściennej, co przecież zabezpiecza przed zakażeniem otrzewnej treścią zropiałego worka.

Kol. Jordan operowałby w podobnym przypadku niewątpliwie dwuczasowo, gdyż zalety tego sposobu zupełnie uznaje i ocenia; jednak u tej chorej nie mogło być o tem mowy, gdyż w przeddzień była już prawie konającą, tak, że trzeba było cały zabieg wykonać doraźnie.

LXXIX. Posiedzenie z dnia 15 grudnia 1896.

Przewodniczący kol. Jordan, sekretarz kol. Cercha.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Rosner zawiadamia, iż zrobił wyciąg niemiecki z protokołów posiedzeń Tow. ginek. przeznaczony dla *Monatsschrift für Geb. u. Gyn.* i pragnie go odczytać, ażeby koledzy mogli usterki w swoich przemówieniach powstałe przez skracanie poprawić.

Kol. Mars radzi, aby rzecz tę załatwiono *per currendam*. Uchwalono.

3) Kol. Rosner:

W sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy.

Jakkolwiek krwawe rozszerzenie szyi macicy, czyli tak zwana dyscysya, weszła w użycie mniej więcej w połowie tego wieku, jednak nie brak dowodów, że znacznie dawniej, bo już w pierwszej połowie XVII stulecia zabieg ten był wykonywanym. Kehrer[1]) cytuje ustępy z rozprawy Cooksa (1627) i dzieła Roonhuysena (1663), którzy uważają rozszerzenie szyi na tępo za odpowiedniejsze niż nacięcie; z ustępów tych wynika, że obu tym pisarzom znaną była niewąt-

[1]) Arch. f. Gynaek. X. str. 438.

pliwie dyscysya. Poszła ona widocznie zupełnie w niepamięć, skoro w roku 1843 Jobert we Francyi, a Simpson w Szkocyi, niezawiśle od siebie, zabieg ten, jako nowy, opisują i polecają. Marion Sims [1]) przyjmuje z zapałem propozycyę europejskich chirurgów i przyczynia się swoim wpływem do tego, że zabieg ten zyskuje sobie prawo obywatelstwa pierwej w Ameryce, niżeli w Europie. W czasie pobytu swego w Paryżu w jesieni 1862 r. wywalcza Sims dyscysyi należne jej prawa i na kontynencie europejskim, gdzie dotąd bardzo niewielu chirurgów miało odwagę zabieg ten wykonywać. Opowiadanie samego Simsa, które tu w kilku słowach przytaczam, rzuca światło na ówczesne pojęcia o niebezpieczeństwie tej operacyi. Sims, będąc w Paryżu, zaproponował pewnej damie, która się go radziła z powodu niepłodności, wykonanie dyscysyi. Nélaton, biorący udział w naradzie lekarskiej, oświadczył wówczas, że zabieg uważa za zbyt niebezpieczny dla życia, ażeby mógł go doradzać.

Zapatrywania te zmieniły się w krótce z gruntu; niebezpieczeństwa, które miał na myśli Nélaton, t. j. krwotoki i zakażenie, nauczono się omijać lub zwalczać, i pod osłoną antyseptyki i z pomocą wyrobionej techniki robiono przez pewien czas dyscysyj znacznie więcej, niż tego wymagała rzeczywista potrzeba. Operacya była w swojej „*Sturm und Drangperiode*“. „Każda młoda mężatka, która spaźniała się nieco z zastąpieniem, każda dziewczyna lub kobieta, mająca dolegliwości podczas peryodu, była skazywaną na ten zabieg (Pozzi [2]). Ta epoka bezkrytycznego, w niektórych przypadkach wprost bezmyślnego rozcinania szyi, minęła już bezpowrotnie. Złożyło się na to kilka przyczyn: po pierwsze, z natury rzeczy, po nadużyciach, jakich się dopuszczano z tym zabiegiem, nastąpić musiała reakcya; po drugie szybki i nadspodziewanie świetny rozwój tak zw. wielkiej

---

[1]) Gebärmutter-Chirurgie 1870.

[2]) Traité de Gynécologie 1892 str. 574.

chirurgicznej ginekologii zepchał na drugi plan zabiegi drobne, ochrzczone wspólnem, nieco pogardliwem mianem małej ginekologii i zestawiono odtąd razem ze skaryfikacyą i z tak zw.: „Tampongynaekologie“. Po trzecie, niebezpieczeństwo tego drobnego zabiegu nie dało się doszczętnie usunąć, a w końcu, co najważniejsze, ostateczne wyniki pozostawiały bardzo wiele do życzenia.

W czem leży przyczyna tego ostatniego szczegółu? Po pierwsze niewątpliwie w tem, że wykonywano zabieg u kobiet, u których, obok zwężenia szyjki macicy, inne zmiany odgrywały rolę w niepłodności i bolesnem miesiączkowaniu, jak nieżyt maciczny, zmiany w trąbkach i jajnikach, zaburzenia w położeniu macicy itd.; powtóre w tem, że metoda, jaką się posługiwano, nie zabezpieczała żadną miarą przed nawrotem cierpienia. A nawrót ten, polegający na zrośnięciu się tego, co było przecięte, bywał gorszy od pierwotnego cierpienia, bo miejsce tkanek elastycznych, otaczających zwężone miejsce, zajmywały niepodatne blizny. Sims[1]) w swojem nieśmiertelnem dziele (*Gebärmutter-Chirurgie*, 1870 r. str. 111), zachwalając dyscysyę pisze: „*Die ganze Philosophie dieser Operation besteht in Eröffnung und im Offenhalten des Kanals*“... Otóż, gdy to pierwsze nigdy nie przedstawiało trudności, to drugie okazało się rzeczą nie tak łatwą do osiągnięcia. Jeżeli, jak to wielu operatorów po dziś dzień czyni, przecina się całą szyję wraz z ujściem wewnętrznem, to wprost wyrazić należy wątpliwość, czy jest w naszej mocy zapobiedz powtórnemu zwężeniu tego ujścia, nie uciekając się do zabiegu plastycznego, jaki w ostatnich czasach proponuje Vuilliet[2]). Jeśli Rheinstädter[3]) uważa za rzecz niezbędną, mieć pacyentkę w opiece przez cały rok po dyscysyi i, przez wprowadzenie zgłębników, zapobiegać zwężeniu następowemu szyi, to popierwsze niewiele

---

[1]) Centr. f. Gynaek. 1894 str. 57.
[2]) Praktische Grundzüge der Gynaekologie 1892 str. 234.
[3]) l. c.

znajdzie się pacyentek, któreby się na tak długie leczenie zgodzić chciały, a powtóre zapytać należy, czyby nie wystarczyło samo leczenie „pooperacyjne“ bez poprzedzającej dyscysyi. W każdym razie bardzo dalekim od ideału jest zabieg, który wymaga całorocznego leczenia pooperacyjnego.

Ale pomijam tu sprawę krwawego rozszerzania ujścia wewnętrznego, które zdaje mi się, bardzo rzadko chyba jest wskazane i przechodzę wprost do pytania nas obchodzącego, t. j. do przecięcia ujścia zewnętrznego.

Zabieg to, jak wiadomo, nieporównanie mniejszej wagi, który naraża chorą znacznie mniej na krwotok i na zapalenie tkanki łącznej okołomacicznej, niż dyscysya ujścia wewnętrznego. Pisząc wyłącznie o technice, pomijam z umysłu wskazania do tego zabiegu.

Ujście zewnętrzne przeciąć można rozmaitemi narzędziami, w rozmaitych kierunkach i rozmaicie wysoko. Można zapewne używać noży ukrytych, tak zw. histerotomów, na jednę lub obie strony tnących, jeśli się przecina ujście wewnętrzne. Narzędzia Simpsona, Greenhalga, Martina do niedawna też były jeszcze w użyciu, i zapewne gdzieniegdzie używa się ich i dzisiaj. A przecież przyznać należy słuszność wywodom Simsa[1]), który z zasady narzędzia te, jako na ślepo działające, potępiał i nawet wewnętrzne ujście nożem przecinał. Tem mniej racyi ma użycie histerotomu przy dyscysyi ujścia zewnętrznego. Jest rzeczą mało zasadniczą, czy się do tego celu użyje noża, czy nożyczek; jeśli noża, to winien on być gałkowatym, jeśli nożyczek, to mocnych.

Pospolicie przecina się na boki; ten kierunek wskazują nam poprostu wręby porodowe, które zwykle od ujścia na boki się rozciągają. Gusserow, po uskutecznieniu tych cięć bocznych, przecinał nadto każdą z powstałych przez to warg na dwie połowy, prawą i lewą, czyli inaczej mówiąc, przecinał część pochwową na krzyż. Kehrer[2]) poszedł

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.

jeszcze dalej; zamiast jednego cięcia w każdej wardze, wykonywał on ich po 2 lub 3 i dzielił przez to część pochwową w okolicy ujścia na 6 do 8 płatków. Nie sądzę, ażeby te sposoby miały być lepsze od zwykłego cięcia na boki; zapewne, że niebezpieczeństwa większego nie przedstawiają, ale też nie dają lepszej gwarancyi co do zupełnego wyleczenia; stwarzają one bądź co bądź stosunki niezwykłe i nadają ujściu kształt, jakiego zwykle nie miewa.

Mówiąc o kierunku cięcia, wspominam tylko pobieżnie o znanej dyscysyi Simsa [1]) ku tyłowi. Sposób ten nie może być jednak zestawianym z innemi metodami dyscysyi, gdyż ma zupełnie odrębne wskazania i ma na celu nie rozszerzenie, tylko przemieszczenie ujścia zewnętrznego ku tyłowi. Że obok tego przemieszczenia sprowadza rozszerzenie, jest rzeczą podrzędną. W ostatnich czasach Thomas Keith [1]) zmodyfikował tę metodę w ten sposób, że rozszerzenie odpadło w zupełności.

Zachodzi wreszcie pytanie, jak wysoko ciąć należy? Niektórzy autorowie, opierając się na tym smutnym fakcie, że nacięcie tylko miernie wysoko sięgające, zaciąga się po pewnym czasie tak, że ani ślad po nim nie zostaje, radzą ciąć aż do nasady pochwy. Takie bardzo głębokie nacięcia sprowadzają pewnego rodzaju *ectropium*, jakie u wieloródek po głębokich przedarciach szyi spotykamy i ten stan zapobiega zgojeniu się rany i powtórnemu zwężeniu ujścia. Słusznie jednak mówi Pozzi [2]), że takie wywinięcie warg naraża chorą niepotrzebnie na zapalenie błony śluzowej szyi. Wiadomo przecież, że *ectropium* to, w naturalny sposób po porodzie powstałe, odgrywa tak ważną rolę w etyologii nieżytu szyi i innych cierpień kobiecych, że w myśl propozycyi Emmeta przedarte brzegi ujścia okrwawia się i zeszywa napowrót. Czyż więc jest racyonalnem, ażeby jednym zabiegiem stwarzać tak nieprawidłowe stosunki, któreby upra-

---

[1]) British Gynaec. Journ. 1896.
[2]) l. c.

wniały lekarza do wykonania drugiego? i czy mamy prawo chorą, która cierpi na bolesne miesiączkowanie narażać na nieporównanie cięższe cierpienie, jakiem jest nieżyt szyi macicznej?

Obowiązkiem operatora, który przystępuje do krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego jest wykonać zabieg ten w ten sposób, ażeby zabezpieczyć chorą zarówno przed nawrotem pierwotnego cierpienia, jak i przed jakiemkolwiek innem, któreby mogło być następstwem samego zabiegu. Nacięcie głębokie aż do nasady pochwy (Martin) sprzeciwia się tej zasadzie i zupełnie zgadzam się z wywodami Boryssowicza[1]), który zabieg ten potępia. Również słusznie twierdzi Boryssowicz, że nie godzi się amputować części pochwowej, lub wycinać klinów z obu warg (Simon) dla osiągnięcia rozszerzenia ujścia tam, gdzie część pochwowa nie jest wydłużona lub zgrubiała. Każdy zabieg powinien mieć swoje wskazania; jeśli jeden zdoła usunąć dwa wikłające się cierpienia, to trzeba to uważać za rzecz korzystną. Wysoko też należy cenić tę zaletę amputacyi części pochwowej i wycięcia klinów, że obok właściwego wskazania, czynią zadość w niektórych przypadkach i innym n. p. zwężeniu ujścia. Ale można śmiało wypowiedzieć twierdzenie, że oba te zabiegi tam, gdzie nie są potrzebne, są szkodliwe.

Więc i te zabiegi nie wskażą nam racyonalnej drogi do celu, jakiśmy sobie wytknęli.

Dwoma sposobami starano się osiągnąć trwały ostateczny wynik po przecięciu ujścia: 1) przecinano szyję w sposób zwykły, a dopiero leczenie pooperacyjne skierowane było przeciw powtórnemu zarośnięciu; 2) sam zabieg wykonywano w ten sposób, ażeby utrudnić, względnie uczynić niemożliwym nawrót cierpienia. Zbytecznem byłoby rozwodzić się nad

---

[1]) Centr. f. Gyn. 1894 str. 62.

tem, że ten ostatni sposób jest racyonalniejszy, że leczenie pooperacyjne wyłącznie tylko tam rozstrzyga o ostatecznym wyniku, gdzie sam zabieg jest na tyle nieudolny, że tego nie czyni. Idealną byłaby ta operacya, któraby nie wymagała zgoła żadnego leczenia pooperacyjnego; do tego ideału zbliża się ona wtedy, jeżeli leczenie pooperacyjne ma na celu tylko zabezpieczenie chorej przed cierpieniem, któreby mogło przypadkowo dołączyć się do świeżo zadanej rany. Dlatego, że tylko jednego użyję przykładu, całkowite wyjęcie macicy, dotkniętej włókniakami lub jej nadpochwowe odcięcie z zapuszczeniem kikuta do brzucha, jest zabiegiem więcej zbliżonym do ideału, niżeli odcięcie z pozaotrzewnowem zaopatrzeniem kikuta, które wymaga długiego i umiejętnego leczenia pooperacyjnego.

Starano się ponownemu zwężeniu szyi zapobiedz w ten sposób, że do szyi i pomiędzy obie boczne rany wsuwano strzępki gazy lub waty, napojonej różnymi przetworami (sześciochlorek żelazá, chlorek cynku i t. d.).

Ter Grigoriantz[1]) radzi strzępki te przymocowywać za pomocą nitek jedwabnych, przeprowadzonych przez obie wargi maciczne. Inni (Martin[2]) wsuwają pomiędzy rany czopki z tłuszczu kakaowego, inni wreszcie (Hofmeier, Rheinststädter) palcem rozdzierają napowrót zrastające się rany.

Z przyczyn powyżej wyłuszczonych te sposoby mogłyby tylko wtedy mieć racyę bytu, gdybyśmy samym zabiegiem nie byli w stanie zapobiedz nawrotowi cierpienia. Tak jednak nie jest. Podano do tego celu kilka metod. W jedną grupę ująćby można te, które się wykonywa bez pomocy narzędzi tnących, a w których rozszerzenie ujścia jest następstwem nekrozy tkaniny, objętej i zaciśniętej podwiązką. Boryssowicz, opisując swój sposób, w którym brzegi ujścia przecina powoli nitką jedwabną, wspomina o t. zw. *méthode del l'anneau* Courtyego, który do tego celu posługiwał się

---

[1]) Centr. f. Gynaek. 1889. s. 748.
[2]) Frauenkrankheiten 1885. s. 274.

drutami srebrnymi. Lwoff[1]) opisuje sposób własny, który jest tylko uproszczeniem metody Boryssowicza [2]).

Może nazwie kto stanowisko moje czysto akademickiem, i nie praktycznem, jeśli te metody nazwę za mało chirurgicznemi. Przyznaję racyę końcowym wywodom Boryssowicza i wierzę, że zabieg jego jest łatwy, niebolesny, prosty i mało niebezpieczny, że daje wreszcie dobre wyniki. Ale mimo to stanąłbym na tem stanowisku, że do przedzielenia tkanin służą narzędzia tnące, nóż i nożyczki, i że powolne sprowadzanie śmierci tkanek dla przecięcia lub odcięcia czegokolwiek, jest zabiegiem mniej chirurgicznym i mniej racyonalnym, niżeli zwykłe przecięcie lub odcięcie na ostro. O zapobieżenie krwotokowi nie chodzi tu wcale, bo przecież nie obawiamy się krwawienia, powstałego przez przecięcie brzegów ujścia zewnętrznego. Tamponada, której rzeczywiście unika Boryssowicz, bywa po rozcięciu ujścia zewnętrznego rzadko tylko dolegliwa. Zwykle ograniczyć się można do luźnego wypełnienia pochwy.

Do drugiej grupy należą te zabiegi, które mają na celu zeszycie błony śluzowej części pochwowej z błoną śluzową przewodu szyi, czyli zupełne pokrycie wszystkich czterech ran, powstałych przez przecięcie szyi na boki. Należy tu w pierwszym rzędzie dawniejszy zabieg Courty'ego, według którego zaraz po przecięciu przystępuje się do szwu.

Kto kiedykolwiek wykonywał szew taki, ten przyzna, że może on mieć bardzo wielkie zalety jako szew hemostatyczny, nie jest jednak szwem plastycznym. *Prima reunio* obydwóch błon śluzowych nie da się nim osiągnąć. Obie błony są na podstawach swoich nieprzesuwalne, a rozgraniczone od siebie grubą warstwą niepodatnej tkanki szyi. Zupełnie też odpowiednią i słuszną jest propozycya Pozzi'ego [3]), ażeby ze wszystkich czterech ran, powstałych przez

---

[1]) Frommel: Jahrosbericht 1895. s. 58.
[2]) l. c.
[3]) Annales de Gynécol. XI. s. 407.

przecięcie szyi na boki, przed założeniem szwu wyciąć kliny z tkanki mięsnej i przez to zbliżyć do siebie błony śluzowe i stworzyć warunki do doraźnego zagojenia się zeszytej rany. Nie wiem tylko, dlaczego Pozzi radzi nacinać szyję aż do sklepień. Nie ulega przecież wątpliwości, że powstające przez to ujście jest nieprawidłowo szerokie, do plastyki Emmeta się nadające. Można jeszcze usprawiedliwić operatora, który nie zakłada szwów i tem szerokiem nacięciem chce się zabezpieczyć przed nawrotem. Jeśli jednak szew Pozzi'ego sam przed tym nawrotem chroni, to po co tak rozległe nacięcie? Oprócz tej uwagi, która, chętnie to przyznaję, nie dotyczy rzeczy istotnej, stanowiącej niejako treść operacyi, możnaby metodzie Pozziego zarzucić to, że jest trochę zanadto skomplikowaną i technicznie trudną. Jeśli zgojenie się ma nastąpić rzeczywiście doraźnie i linearnie, (a tylko wtedy może metoda ta prędzej zabezpieczać przed nawrotem), kliny muszą być wycięte dokładnie i szew założony z wielką ścisłością. Odnosi się to przedewszystkiem do kąta, który najdokładniej powinien być zaszyty, bo od niego zaczyna się zarośnięcie, a który zaszyć najtrudniej, bo leży w samem sklepieniu.

Z tego zestawienia widzimy, że akta, dotyczące techniki tego drobnego zabiegu, nie są bynajmniej zamknięte. Jeśli uwzględnimy, że drobna ta operacya ma na celu usunięcie zboczeń bardzo niemiłych, jak bolesnej miesiączki, że od jej wyniku w przypadkach niepłodności zawisło niejednokrotnie szczęście rodziny, to usprawiedliwioną będzie dążność do stworzenia metody, któraby w wynikach swoich co do trwałego rozszerzenia ujścia była pewna, technicznie nie trudna, i niebezpieczeństw pozbawiona.

Pragnę tu opisać metodę, którą przed kilku tygodniami zastósowałem u osoby, lat 32 liczącej, która zgłosiła się do mnie dnia 26-go Listopada, radząc się z powodu niepłodności i bardzo bolesnej miesiączki. Przed 12-ma laty wykonano u niej we Lwowie przecięcie ujścia zewnętrznego, po czem, choć nie zastąpiła, wolną była przynajmniej przez kilka miesięcy od wszelkich dolegliwości miesiączkowych. Znala-

złem u niej prawidłowo wielką i położoną macicę, bez zmian w częściach dodatkowych. Natomiast ujście zewnętrzne bardzo wązkie, obok niego, po obu stronach, wyraźne blizny po dyscysyi. Brzegi ujścia niepodatne. Główka zwykłego zgłębnika macicznego Valleixa przechodzi z oporem. Po wyjęciu jej sterczy z ujścia czopek gęstego śluzu.

Zaproponowałem chorej dyscysyą, a ponieważ chętnie się na to zgodziła, przeto wykonałem zabieg dnia 30. Listopada w domu zdrowia kol. Dra Gwiazdomorskiego, przy łaskawej pomocy kol. Dra Świtalskiego.

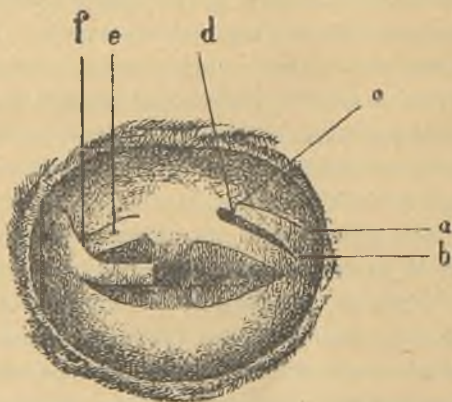
Myślą przewodnią i istotną treścią tego zabiegu było wszczepienie w kąt rany, powstałej po dyscysyi, płatka tkanki, wyciętego z części pochwowej.

Płatek taki, wypełniając kąt, w którym zbiegają się rany przedniej i tylnej wargi, ma cel podwójny: 1) przez wgojenie się nie dopuścić do powtórnego zrośnięcia się przedniej wargi z tylną; 2) ma mechanicznie odsuwać od siebie obie wargi.

Łatwo zrozumieć, że jeśli sam kąt rany powtórnie się nie zaciągnie i nie zarośnie, nie może też zaróść reszta rany ciętej, leżąca bliżej ujścia zewnętrznego. Płatek ten działa więc podobnie jak R o s e r a przy operacyi stulejki (fimozy).

Zabieg przedstawiał się, jak następuje: Po należytem zdezinfekcyonowaniu pola operacyjnego, odsłonięcie części pochwowej we wzierniku *S*imsa w ułożeniu chorej na wznak, bez uśpienia i powtórne odrażenie. Ściągnięcie części pochwowej do szpary sromowej zapomocą kleszczyków (*Kugelzange*). Nacięcie szyi na boki nożem gałkowatym, na wysokość około $1^1/_2$ ctm. Następnie zwykłym nożem wycięto naprzód po lewej, potem po prawej stronie płatek z przedniej wargi macicznej. Jest on prostokątny i długą swoją osią równoległy do rany, powstałej przez dyscysyą. Jego nasada. t. j. miejsce, którem, po zupełnem oddzieleniu pozostaje w związku z częścią pochwową, leży bardzo blizko szczytu rany dyscysyjnej, t. j. miejsca, w którem zbiegają się powstałe przez przecięcie rany obu warg macicznych, cośkolwiek jednak

wyżej od tego miejsca, czyli bliżej sklepienia bocznego. Długość jego, podobnie jak i rany dyscysyjnej, wynosi około 1 ½ ctm.; ponieważ zaś zaczyna się nieco powyżej szczytu tej rany i biegnie przez przednią wargę równolegle do niej, przeto koniec jego znajduje się w pobliżu dawnego ujścia zewnętrznego. Szerokość jego powierzchni, t. j. szerokość błony śluzowej części pochwowej, która go pokrywa, wynosi około 5 mm. Głębsze jego warstwy są coraz węższe, ponieważ cięcia, nakreślające oba długie boki prostokąta, idą wgłąb ku sobie zbieżnie, klinowato. Podłużna rana, po wycięciu tego długiego klina powstała, daje się dzięki temu łatwo zaszyć (*e*). Płatek ten, widzimy na załączonym rysunku; po stronie lewej jest on oddzielony od podstawy (*a*, *b*) ale jeszcze nie przeszczepiony w kąt rany. Po stronie prawej zabieg jest już skończony i płatek leży w kącie rany, gdzie ma przyróść. Jest on do tego miejsca przyczepiony szwem katgutowym, który idzie przez szczyt płatka (*c*, *d*) i przez wewnętrzny koniec rany dyscysyjnej, w miejscu więc, gdzie rana ta sąsiaduje z nienaruszoną jeszcze błoną śluzową przewodu szyi.



Przekonałem się podczas operacyi, że inne szwy celem umocowania płatka są niepotrzebne. Zaszywa się tylko rany,

powstałe przez wycięcie płatków, każdy jednym szwem katgutowym i zabieg jest skończony. Opatrunek polega na wsunięciu strzępka gazy jodoformowej do przewodu szyi i na okryciu ran gazą.

Pochwę tamponuje się lekko. Opatrunek usunąłem w 2 doby po operacyi i zarządziłem przepłukiwanie pochwy wodą przegotowaną. Ósmego dnia odsłoniłem część pochwową we wzierniku i przekonałem się, że oba płatki żyją i są dobrze przytwierdzone do kątów rany. W kilka dni później pacyentka opuściła dom zdrowia. Zamierzałem pierwotnie nie zakończyć na tem operacyi, tylko poczekać aż płatki dobrze przyrosną i przeciąć ich zasadę tak, iżby je całkowicie od miejsca, skąd są wzięte, oddzielić. Miałem tę myśl dlatego, ponieważ obawiałem się, że ta część płatka, która leży najbliżej nasady i przekracza, ażeby się dostać do rany dyscysyjnej, mostek nienaruszonej i przybłonkiem pokrytej części pochwowej (*f*), utworzy z czasem garb zniekształcający część pochwową. Te obawy okazały się jednak płonnemi.

Dodać winienem, że zabieg okazał się w tym przypadku łatwym, co zawdzięczam niewątpliwie dobrym warunkom, w jakich go wykonywałem, umiejętnej pomocy i tej okoliczności, że część pochwowa bez trudności dała się sprowadzić do szpary sromnej.

Opisuję i polecam ten zabieg, ponieważ sądzę, że jest on chirurgicznie poprawnym, zabezpieczać winien przed tem, co dyscysyę najwięcej dyskredytuje, t. j. przed nawrotem cierpienia i ponieważ nabrałem przekonania, że nie przedstawia ani niebezpieczeństw, ani technicznych trudności.

Statystyka, oparta na liczbach i dłuższej obserwacyi chorych, wyda w swoim czasie wyrok o jego praktycznej wartości.

Kol. Prof. Mars był tak łaskaw wymodelować w glinie ten zabieg i dlatego mogę Panom przedstawić odlew gipsowy tej operacyi. Na tem miejscu niech mi będzie wolno podziękować Prof. Marsowi za jego nadzwyczajną uprzejmość.

Nad odczytem tym wywiązała się ożywiona dyskusya, w której zabierali głos:

Kol. Świtalski brał czynny udział w wykonaniu zabiegu, który kol. Rosner właśnie opisał i może poświadczyć, że poszedł on w tym przypadku gładko i szybko. Przyczyniło się do tego niewątpliwie to, że część pochwowa dała się doskonale ściągnąć do szpary sromowej. Sądzi, że w przeciwnym razie wykonanie zabiegu mogłoby natrafiać na trudności.

Kol. Braun pochwala myśl zabiegu, ma jednak wątpliwości, czy blizny, jakie po nim pozostaną, nie będą źle wpływały na przebieg porodu.

Kol. Mars: Operacyą podaną cotylko przez kol. R. muszę powitać z radością wzbogaca ona cennym nabytkiem szereg operacyi ginekologicznych, zabezpiecza bowiem na pewno od zarośnięcia się przecięć, jakie przy hysterostomatomii zadajemy. Do tego celu użył Kol. R. w swej operacyi nowego sposobu, t. j. zapobiega zrośnięciu się płaszczyzn rannych za pomocą osobnego płatka, który wszywa w dno zadanej rany. Myśl tę oryginalną przedewszystkiem podnieść muszę, gdyż w niej leży wartość operacyi i zasługa autora.

W przemówieniu swem poruszył kol. R. bardzo wiele różnych kwestyi zostających w związku z operacyą rozcięcia wązkiego ujścia zewnętrznego macicy, na które się różnie zapatrywać można, i co do których pojęcia nie są ustalone. Wobec dwóch myśli chciałbym zaznaczyć moje zapatrywanie. Pierwsze co do potrzeby rozszerzania i nacinania okolicy ujścia wewnętrznego macicy, co do tej kwestyi zgadzam się, że to zabieg nieobojętny i może mieć czasem niemiłe następstwa, niemogę się jednak zgodzić na wykreślenie go z szeregu operacyi, są bowiem przypadki, w których jest wskazany, i tak: jeżeli w ujściu wewnętrznem znajdują się fałdy błony śluzowej tworzące jakoby zastawki, dalej tam, gdzie kanał szyi nie przebiega prosto tylko się skręca śrubowato. W tych przypadkach może nacięcie prowadzić do wyrównania i utorowania drogi do jamy macicy. Jeżeli warstwa mięśni, okrążających szyję macicy, będzie przecięta i będzie zastosowane należyte wytamponowanie, to i zrośnięcie się i powrót do stanu pierwotnego nie powinien nastąpić.

Drugą kwestyą, którą kol. R. poruszył, a na którą odpowiedzieć pragnę, jest zarzut, że w przypadkach w których się rozcina część pochwową na boki aż ku sklepieniom, może powstać *ectropium*, któreby potem operacyi Emmeta wymagało. Otóż zaznaczam że jestem zwolennikiem szerokiego rozcinania ujścia zewnętrznego macicy, gdyż przekonałem się, że w takim

razie rzadko bardzo ujście się znów zrasta i nieobawiam się *ectropium labiorum*. To ostatnie cierpienie może powstać tylko wówczas, gdy obok znacznych wrębów a względnie nacięć na boki, wystąpiłyby zmiany w miąższu macicy i w błonie śluzowej szyi. Tylko przy równoczesnem zgrubieniu warg przez przewlekłą sprawę zapalną i bujanie błony śluzowej sprowadza istotne odchylenie warg macicznych. Stan ten nie wynika wprost z nacięcia lub wrębów i możebny jest tylko tam, gdzie nacięcia bardzo znaczne — dlatego niemoże stanowić przeciwwskazania do należytego rozcinania ujścia zewnętrznego macicy.

Zabieg nowy kol. R. wykonam w przypadku najbliższym jaki mi się nadarzy, ale pragnę to oczynić w zmienionej nieco formie. Zamiast jak kol. R. najpierw rozcinać część pochwową na boki i potem wycinać z przedniej wargi płatki, mam zamiar tok operacyi odmienić i tak: najpierw okroić i przygotować dwa płatki na bokach po obu stronach części pochwowej w miejscu, w którem właśnie u kol. R. leżą przecięcia. Po zrobieniu płatków mam zamiar w kierunku tychże przeciąć resztę części pochwowej. Tym sposobem płatki boczne będą leżeć naprzeciw rany, nie potrzeba ich skręcać na bok i naciągać, nader łatwo wszyć się dadzą, a i utrzymanie płatków co do ich żywotności będzie zdaje mi się pewniejsze. Zmiana ta w technicznem wykonaniu podniesie tylko wartość zabiegu bardzo dobrze przez kol. R. pomyślanego.

Kol. Jordan: Najzupełniej zgadzam się z poprzednimi mowcami, że zabieg dopiero co opisany jest wzbogaceniem odnośnego działu operacyi ginekologicznych. W przeciwstawieniu do kol. Brauna uważam zabieg ten za zupełnie wolny od niebezpieczeństw odległych podczas porodu.

Na inną rzecz jednak muszę zwrócić uwagę. Zabieg proponowany przez kol. Rosnera nie jest wprawdzie ciężki, ale bądź co bądź na tyle skomplikowany, że nie można go wykonywać ambulatoryjnie i bez asystencyi.

Otóż mam to przekonanie, że pewna, powiem odrazu, znaczna ilość kobiet, u których dziś robię ambulatoryjnie zwykłą dyscysyą i które po tym zabiegu zastępują i rodzą — nie zgodzi się na zabieg, wymagający asysty i specyalnych warunków. Starą zwykłą dyscysyą zrobiliśmy dużo dobrego. Jeżeli mimo to po tej dyscysyi zgłaszają się czasem kobiety, które nie zastąpiły i u których znajdujemy ujście tak samo wąskie, jak przedtem lub może jeszcze węższe, to tylko dlatego, że właśnie te kobiety zgłaszają się powtórnie, które nie zastąpiły. U tych zgodziłbym się na zastosowaniu met. kol. Rosnera z mo-

dyfikacyą kol. Marsa, którą uważam za zupełnie odpowiednią i zabieg upraszczającą.

Skoro mowa o modyfikacyach, chciałbym jeszcze zapytać kol. Rosnera, dlaczego nie przeciął odrazu mostka tkanki między raną dyscysyjną a raną powstałą przez wycięcie płatka. Byłby w ten sposób uniknął przekładania płatka przez mostek.

Kol. Mars: W obec zapatrywań kol. J. muszę zaznaczyć iż nie jestem zwolennikiem wykonywania zabiegu tego ambulatoryjnie, gdyż może nastąpić krwotok następowy, który łatwiej wystąpić może u chorej, która chodzi. Po zabiegu zakładam do szyi i ujścia opatrunek, który chodzącej łatwiej usunąć się może. Kol. J. może mi zrobić zarzut, że w bardzo wielu przypadkach tak czynił i nigdy nie widział złych następstw, toby mnie jednak nie przekonało, bo to zależy od tego, jak rozległe się cięcia prowadzi. Jeżeli cięcia prowadzi się w obrębie szczytu części pochwowej, to niema obawy, ale cięcia wtedy są małe, i nastąpi zrośnięcie, jeżeli jednak się wykonywa cięcia szeroko, a zatem najmniej do połowy odległości od ujścia zewnętrznego macicy do sklepienia bocznego, to zabieg jest rozleglejszy ,ujście nowe tak łatwo się niezrośnie, ale i z leczeniem następowem trzeba być ostrożniejszym.

Kol. Jordan robił bardzo często zabieg ten ambulatoryjnie i nie widział nigdy złych następstw. Naturalnie nie nacina wysoko.

Kol. Rosner dziękuje za wyczerpującą dyskusyą, do której nie wiele ma do dorzucenia. Modyfikacya kol. Marsa trafia mi bardzo do przekonania i uznaję w zupełności, że upraszcza ona niemało zabieg operacyjny. Najbliższym razem niewątpliwie ją zastosuję. Również zupełnie słuszną jest uwaga Prof. Jordana, że można było podczas zabiegu przeciąć mostek tkanki, i stworzyć w ten sposób lepsze warunki dla życia wszczepionego płatka. Co do uwagi Prof. Marsa wypowiedzianej w obronie dyscysyi w ujściu wewnętrznem, to sądzę, że samo rozszerzenie na tępo zdoła usunąć równie dobrze zboczenia, o których Prof. Mars wspomina. Zdaje mi się, że zarośnięcie ran powstałych po przecięciu ujścia wewnętrznego jest kwestyą czasu i zapobiedz mu nie zdołamy, chyba używając niedawno poleconej plastycznej metody Vullieta. Co do *ectropium*, to, choć sam nie mam doświadczenia, jednak wiem z literatury, że to zboczenie wydarzyć się może po zbyt głębokiej dyscysyi.

Uwagi Prof. Jordana oparte na wielkim doświadczeniu są bardzo interesujące. Wynika z nich, że niektóre pacyentki zastępują szybko po zwykłej dyscysyi; u innych, które tak szybko nie zastąpiły zarasta się ujście na nowo. Otóż zgodziłbym się

zupełnie na wywody Prof. Jordana, gdyby istniał sposób rozpoznania jednej kategoryi chorych od drugiej. Co tu odgrywa rolę prognostyczną, niewiadomo. Zdaje się jednak, że stan błony śluzowej szyi i oddziaływanie wydzielanego przez nią śluzu musi tu mieć jakieś znaczenie.

Nie podzielam w końcu obaw kol. Brauna i mam nadzieję że blizny, jakie ta operacya po sobie pozostawi nie będą miały najmniejszego znaczenia podczas porodu. Wszak u wieloródek, u których szyja pękła wysoko podczas pierwszego porodu spotykamy nie tak rzadko blizny twarde sięgające w parametria, które jednak mimo to zwykle w niczem nie upośledzają porodu.

